

Kognitive Interventionen bei Menschen mit Demenz

Die Effektivität von drei kognitiven Interventionsansätzen bezogen auf die Handlungsfähigkeit und deren Anwendung in der Ergotherapie

Kirsch Thea
17861873

Limacher Chantal
17647306

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: ER17
Eingereicht am: 30. April 2020
Begleitende Lehrperson: Auer Maria

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

1	Thematische Verankerung	6
1.1	Einleitung	6
1.2	Problemstellung	6
1.3	Bezug zur Ergotherapie	7
1.4	Begründung der Themenwahl	8
1.5	Zielsetzung und Fragestellung	9
2	Theoretischer Hintergrund	10
2.1	Demenz	10
2.2	Langfristige Effektivität von Interventionen bei Menschen mit Demenz	10
2.3	Kognitive Interventionsansätze	11
2.3.1	Kognitive Rehabilitation	11
2.3.2	Kognitive Stimulation	12
2.3.3	Kognitives Training	12
2.3.4	Übersicht der kognitiven Interventionsansätzen	13
2.4	Handlungsfähigkeit	14
2.5	Das OTIPM als zugrundeliegendes Modell	15
2.5.1	Begründung der Modellwahl	15
2.5.2	Interventionsmodelle und mechanisches Üben	16
3	Methodisches Vorgehen	17
3.1	Ein- und Ausschlusskriterien	17
3.2	Keywords und Datenbanken	20
3.3	Beschreibung der Datenbankrecherche	21
4	Ergebnisse	23
4.1	Hauptstudie 1 - Rehabilitation	23

4.2	Hauptstudie 2 - Rehabilitation.....	26
4.3	Hauptstudie 3 - Kognitive Stimulation	31
4.4	Hauptstudie 4 - Kognitive Stimulation	33
4.5	Hauptstudie 5 - Review: Kognitives Training, kognitive Stimulation, kognitive Rehabilitation.....	39
4.6	Einordnung der Interventionsmethoden aus den Hauptstudien im OTIPM	43
4.7	Zusammenfassung der Ergebnisse und der Einordnung ins OTIPM	46
5	Diskussion.....	49
5.1	Effektivität der Interventionsansätze	49
5.1.1	Kognitive Rehabilitation.....	50
5.1.2	Kognitive Stimulation.....	51
5.1.3	Kognitives Training.....	52
5.1.4	Zusammenfassung.....	52
5.2	Langfristige Erhaltung der Handlungsfähigkeit	53
5.3	Effektivität nach OTIPM	54
5.3.1	Kognitive Interventionen in der Ergotherapie nach Fisher (2014)	54
5.3.2	Kognitive Interventionsmethoden zur Förderung der Handlungsfähigkeit	55
5.4	Beantwortung der Fragestellung.....	55
6	Schlussfolgerung.....	57
6.1	Fazit.....	57
6.2	Theorie-Praxis Transfer	57
6.2.1	Kognitive Interventionen in die Schweiz.....	58
6.2.2	Vorkommen kognitiver Interventionen in der ergotherapeutischen Praxis	58
6.2.3	Mögliche Implikationen.....	59
6.3	Kritische Beurteilung dieser Arbeit.....	59

6.4 Weiterführende Überlegungen.....	60
Literaturverzeichnis.....	62
Zusatzverzeichnisse	72
Tabellenverzeichnis.....	72
Abkürzungsverzeichnis.....	72
Wortzahl.....	74
Danksagungen.....	75
Eigenständigkeitserklärung.....	76
Anhang	77
A. Glossar	77
Literaturverzeichnis Glossar	86
B. Zusammenfassung des OTIPM-Prozesses	91
C. Keywordtabelle	92
D. Suchprotokoll	93
E. Würdigungen der Hauptstudien	108
F. Ausführliche Beschreibung des Reviews	158

Abstract

Darstellung des Themas: Menschen mit Demenz sind in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Kognitive Interventionen sind oft Bestandteil der Behandlung von Menschen mit Demenz. Inwiefern diese, die Handlungsfähigkeit fördern, ist jedoch unklar.

Ziel: In der vorliegenden Arbeit wurde die Effektivität von drei verschiedenen kognitiven Interventionsansätzen – kognitive Rehabilitation, kognitive Stimulation und kognitives Training – bezüglich der langfristigen Handlungsfähigkeit von Menschen mit milder bis moderater Demenz und deren Anwendbarkeit in der Ergotherapie überprüft.

Methode: Fünf Hauptstudien wurden nach einer Literaturrecherche in medizinischen und psychologischen Datenbanken zur Beurteilung der Fragestellung bestimmt und kritisch beurteilt. Die kognitiven Interventionsmethoden der Hauptstudien wurden ins Occupational Therapy Intervention Process Modell (Fisher, 2014) eingeordnet, um diese im zeitgenössischen Paradigma zu verorten.

Relevante Ergebnisse: Insgesamt zeigte sich, dass kognitive Rehabilitation die Handlungsfähigkeit von Menschen mit Demenz fördern könnte. Die Ergebnisse der kognitiven Stimulation waren unter Einbezug von zusätzlicher Literatur widersprüchlich. Beim kognitiven Training zeigte sich kein Effekt.

Schlussfolgerung: Die kognitive Rehabilitation wird als legitimer Interventionsansatz angesehen. Aufgrund der untersuchten Studien ist sie effektiv und passt wegen dem betätigungsbasierten Vorgehen in das aktuelle ergotherapeutische Paradigma.

Keywords: *dementia, alzheimer's disease, cognitive rehabilitation, cognitive stimulation, cognitive training, ADL, IADL*

Vorwort

Um die gendergerechte Sprache zu gewährleisten wird in der vorliegenden Arbeit der Genderstern (z.B. Teilnehmer*innen) verwendet.

Der Begriff «Verfasserinnen» steht in der vorliegenden Arbeit für die Urheberinnen dieser Arbeit. Mit «Autor*innen» sind die Urheber*innen der Studie gemeint, aus der zitiert wird.

Der Begriff «Interventionsansatz» steht in dieser Arbeit für die drei kognitiven Interventionen – kognitive Rehabilitation, kognitive Stimulation und kognitives Training. Interventionsmethode meint Teile des jeweiligen Interventionsansatz. Ein Beispiel dazu: «Papier-Stift-Aufgabe» ist eine Interventionsmethode des Interventionsansatzes «kognitives Training».

Sämtliche Begriffe, die im Glossar erklärt werden, sind bei der Ersterscheinung mit *kursiver* Schrift gekennzeichnet.

Abkürzungen werden jeweils bei der ersten Erwähnung in Klammern hinter den ausformulierten Begriff geschrieben. Alle Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis ersichtlich.

1 Thematische Verankerung

1.1 Einleitung

Die Anzahl der Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz steigt stetig an (Bundesamt für Statistik, 2019). Aufgrund der *demografischen Alterung* steigt auch die Prävalenz von altersabhängigen Erkrankungen. Zu diesen Erkrankungen zählt unter anderem die Demenz, welcher Gutzwiller und Groth (2011) eine besonders grosse Bedeutung zusprechen. Im Jahr 2019 wurde die Zahl der in der Schweiz lebenden Menschen mit Demenz auf 154'700 geschätzt. Jährlich kommen gut 29'500 Neuerkrankungen hinzu (Bundesamt für Gesundheit, 2019b).

Demenz ist eine degenerative, altersabhängige Erkrankung. Im Verlauf der Krankheit zeigen sich die Symptome fortschreitend ausgeprägter und die Einschränkungen im Alltag nehmen zu. Betroffene sind vermehrt auf Hilfe angewiesen (Pro Senectute Schweiz, 2020). Ein grosser Teil der Hilfestellungen wird in solchen Fällen von Angehörigen oder Bekannten der Betroffenen übernommen. Der andere Teil bezieht Hilfe von der Spitex, Spitälern oder Altersheimen, also vom Gesundheitssystem der Schweiz. Dies führt zu steigenden volkswirtschaftlichen Kosten (Bundesamt für Gesundheit, 2019b). Alzheimer Schweiz berechnete im Jahr 2019 die jährlichen Kosten der Demenz. Demnach belaufen sich die Kosten für die Schweiz auf jährlich 11,8 Milliarden Franken. Fast die Hälfte dieses Betrags wird indirekt von Angehörigen übernommen, indem sie unentgeltlich pflegen und betreuen (Ecoplan, 2019). Diese Zahlen zeigen den Handlungsbedarf im Umgang mit der Demenz deutlich auf. Einerseits stellt die Demenz aufgrund der abnehmenden Handlungsfähigkeit eine grosse Belastung für Angehörige dar, und andererseits kostet sie das Gesundheitssystem der Schweiz jährlich einen sehr hohen Betrag. Deshalb gewinnt die Erhaltung der Handlungsfähigkeit und der Lebensqualität der Betroffenen an Bedeutung. Ergotherapie fördert die Handlungsfähigkeit und trägt dadurch nachweislich zu einer besseren Lebensqualität bei (Pimouguet et al., 2016).

1.2 Problemstellung

Wie in der Einleitung beschrieben, führt die Demenz aufgrund ihrer Symptome zu einer wachsenden Einschränkung der Handlungsfähigkeit (Korczak et al., 2013). Krämer und Förstl (2008) beschreiben die Demenz als fortschreitenden Verlust der *kognitiven*

Leistungsfähigkeit. Betroffene zeigen oft Schwierigkeiten mit dem Kurzzeitgedächtnis, mit alltäglichen Aufgaben sowie mit der Orientierung. Dazu können auch sprachliche Probleme, fehlender Antrieb, sozialer Rückzug und Planungsschwierigkeiten auftreten (Pro Senectute Schweiz, 2020). Durch diese Einschränkungen sind Betroffene immer weniger in der Lage, sich selbst und andere zu versorgen, Entscheidungen zu treffen und das eigene Handeln zu kontrollieren. Verminderte kognitive Prozesse führen zu einer Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten und somit zu einer verminderten Handlungsfähigkeit (Krämer & Förstl., 2008). Die Konfrontation mit diesen Schwierigkeiten im Alltag sowie die verminderte Unabhängigkeit und soziale Teilhabe haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen (Alzheimer Schweiz, 2018a).

1.3 Bezug zur Ergotherapie

Wie in der Problemstellung beschrieben, sind Menschen mit Demenz in ihrer Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt, wobei dies oft eine Verminderung der Lebensqualität zur Folge hat. Gemäss Pimouguet et al. (2016) ist Ergotherapie eine effektive Behandlung, um diesen Einschränkungen von Menschen mit Demenz entgegenzuwirken.

Die Erhaltung der Handlungsfähigkeit ist laut Phinney et al. (2007) bei Menschen mit Demenz von grosser Bedeutung. Wird ihnen auch im fortschreitenden Stadium die Durchführung bedeutsamer *Betätigungen* ermöglicht, so hat dies einen positiven Einfluss auf ihre Lebensqualität (Marx, 2006).

Betätigung ist das Kernelement der Ergotherapie (Christiansen et al., 2005). In der Ergotherapie wird laut Kristensen et al. (2016) davon ausgegangen, dass Menschen aktive, sich betätigende Wesen sind. Gehen sie bedeutsamen Alltagsaktivitäten nach, fördert dies das physische, psychische und soziale Wohlbefinden. Das Verständnis der Bedeutung von Betätigung für die Gesundheit ist die einzigartige Perspektive, welche die Ergotherapie in die Gesundheitsversorgung einbringt (Christiansen et al., 2005). Es entspricht zudem dem *zeitgenössischen Paradigma* der Ergotherapie, bedeutungsvolle Betätigung als Mittel und Ziel in der Therapie anzuwenden (Kielhofner, 2009). Demzufolge sind Ergotherapeut*innen Expert*innen darin, was die Erhaltung von Handlungsfähigkeit bei Demenz betrifft.

Wie in der Problemstellung beschrieben, sind bei Menschen mit Demenz besonders die abnehmenden kognitiven Prozesse Grund für die Einschränkungen ihrer Handlungsfähigkeit. Um die kognitiven Funktionen zu erhalten oder zu verbessern, werden gemäss Korczak (2013) in der Ergotherapie oft kognitive *Interventionen* angeboten, wodurch die Handlungsfähigkeit gefördert werden soll. Kognitive Interventionen werden auch in der S3-Leitlinie «Demenzen» für die Behandlung von Menschen mit Demenz empfohlen (Deutsche Gesellschaft für Psychische Forschung & Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2016).

1.4 Begründung der Themenwahl

Ergotherapeut*innen sind also Expert*innen darin, die Handlungsfähigkeit sowie die Lebensqualität zu erhalten und zu fördern. Die Handlungsfähigkeit von Menschen mit Demenz nimmt mit zunehmendem Verlauf ab. Den Verfasserinnen fiel auf, dass aktuell viele Ergotherapeut*innen geriatrischen Klient*innen mit einer dementiellen Entwicklung kognitive Interventionen anbieten. Bei der geläufigsten Form der kognitiven Interventionen, dem kognitiven Training, werden normalerweise hauptsächlich spezifische, kognitive Funktionen trainiert. Es gibt aber auch andere kognitive Interventionen wie zum Beispiel die kognitive Rehabilitation oder die kognitive Stimulation. Diese haben neben dem Training von kognitiven Funktionen beispielsweise auch die Förderung der Lebensqualität zum Ziel. Da die Demenz einen degenerativen Verlauf aufweist, interessiert besonders, ob durch kognitive Interventionen die Handlungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum erhalten werden kann.

Wie im «Bezug zur Ergotherapie» erwähnt, wird im aktuellen Paradigma davon ausgegangen, dass bedeutungsvolle Betätigungen Lebensqualität sowie *Partizipation* an der Gesellschaft fördert und einen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat (Kielhofner, 2009). Bei der geläufigsten Form der kognitiven Interventionen, dem kognitiven Training, werden jedoch normalerweise hauptsächlich spezifische, kognitive Funktionen trainiert. Aus diesem Grund ist es eher im *mechanistischen Paradigma* einzuordnen. Es gibt aber auch andere kognitive Interventionen, wie zum Beispiel die kognitive Rehabilitation und die kognitive Stimulation, welche die Handlungsfähigkeit trainieren sollen. Es ist von Relevanz, dass Ergotherapeut*innen effektive und *evidenzbasierte* kognitive

Behandlungsmethoden kennen. Damit können sie in der Ergotherapie die Handlungsfähigkeit und dadurch das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz fördern.

1.5 Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, drei verschiedene kognitive Interventionsansätze bei Menschen mit leichter bis moderater Demenz anhand ihrer langfristigen *Effektivität* bezüglich der Handlungsfähigkeit zu vergleichen. Mögliche Einflussfaktoren auf die Effektivität der kognitiven Interventionsansätze sollen herausgearbeitet werden. Die kognitiven Interventionsansätze werden den Interventionsmodellen des «Occupational Therapy Intervention Process Model» (OTIPM) nach Fisher (2014) zugeordnet. Anhand der Einordnung ins OTIPM wird eine Aussage zur Anwendbarkeit in der Ergotherapie und zur Zuordnung ins aktuelle ergotherapeutische Paradigma gemacht. Der Vergleich der Interventionsansätze bezüglich der Effektivität und deren Einordnung ins OTIPM soll Fachkräften aufzeigen, welche kognitiven Interventionen laut aktuellem Forschungsstand effektiv zur langfristigen Erhaltung der Handlungsfähigkeit angewendet werden können. Aus diesen Überlegungen wird in der Arbeit folgender Fragestellung nachgegangen:

Wie ist die Effektivität von kognitiven Interventionen in der Ergotherapie auf die langfristige Erhaltung der Handlungsfähigkeit bei Menschen mit leichter bis moderater Demenz?

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen erläutert, die für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind.

2.1 Demenz

Demenz ist ein Oberbegriff für bestimmte Symptome, die verschiedenen Ursachen zu Grunde liegen (Alzheimer Schweiz, 2018b). Sie wird als erworbene, meist chronisch progrediente Störung der kognitiven, sozialen und emotionalen Funktionen definiert, welche mindestens über sechs Monate andauert (Pschyrembel, 2018).

Die Demenz wird in primäre und sekundäre Demenz unterteilt. Die primäre Demenz hat keine externe Ursache und verläuft progredient. Dabei wird in drei Stadien unterteilt: leicht, moderat und schwer. Zu ihr gehören die vaskuläre Demenz, bei welcher mehrere kleine Hirninfarkte die kognitiven Fähigkeiten einschränken, und die degenerative Demenz, zu der unter anderem die Alzheimer-Krankheit zählt (Schaade, 2005). Die Alzheimer-Krankheit ist mit über 60% die häufigste Form der Demenz (Bundesamt für Gesundheit, 2019b). Der sekundären Demenz liegt eine Grunderkrankung, wie zum Beispiel ein Tumor oder ein Schädelhirntrauma zu Grunde (Schaade, 2005). Bei allen Formen der Demenz sind viele höhere *kortikale* Funktionen betroffen, unter anderem das Gedächtnis, das Denken und die Sprache. Oft werden diese Einschränkungen zudem von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet (Dilling & Schulte-Markwort, 2014). Die Einschränkungen nehmen mit fortschreitendem Verlauf zu und beeinträchtigen die Handlungsfähigkeit von Menschen mit Demenz zunehmend (Alzheimer Schweiz, 2018b).

Diese Arbeit beschränkt sich auf Interventionen, welche bei Menschen mit leichter bis moderater Demenz durchgeführt wurden. In diesen Stadien ist das Potential zur Förderung der Handlungsfähigkeit noch vorhanden (Alzheimer Schweiz, 2018a).

2.2 Langfristige Effektivität von Interventionen bei Menschen mit Demenz

Wie schon im Kapitel zur Demenz erläutert wurde, schränkt diese die Handlungsfähigkeit der Betroffenen mit fortschreitendem Verlauf immer stärker ein (Korczak et al., 2013). Durch Interventionen mit Menschen mit Demenz gilt es aufgrund des degenerativen

Verlaufs laut der schweizerischen Alzheimervereinigung (2018a), die noch vorhandenen kognitiven Funktionen auf vielfältige Weise beizubehalten. Um die langfristige Effektivität der Interventionen zu gewährleisten, müssen also nicht zwingend Verbesserungen von spezifischen kognitiven Funktionen im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die Erhaltung der Selbstständigkeit im Alltag und der Lebensqualität. Durch die Stärkung dieser Faktoren kann der Verlauf der Krankheit verlangsamt werden. Durch nichtmedikamentöse Therapien, wie Ergotherapie und kognitive Interventionen, werden laut der schweizerischen Alzheimervereinigung (2018a) die Handlungsfähigkeit und die Lebensqualität gefördert.

2.3 Kognitive Interventionsansätze

Wie im Abschnitt zur Demenz ersichtlich, nehmen die kognitiven Funktionen im Verlauf der Krankheit ab. Laut Busch (2016) werden durch kognitive Interventionen Funktionen, unter anderem das Gedächtnis oder die Aufmerksamkeit trainiert. Es werden dabei verschiedene Ansätze unterschieden. Die in der Literatur am häufigsten vertretenen Interventionsansätze sind die kognitive Rehabilitation, die kognitive Stimulation sowie das kognitive Training. Die Begriffe werden in der Literatur sehr heterogen verwendet. Die Arbeit stützt sich grösstenteils auf die Definition von Kasper et al. (2016). Die drei verschiedenen Ansätze werden in den folgenden Abschnitten beschrieben und sind in Tabelle 1 dargestellt.

2.3.1 Kognitive Rehabilitation

Mit der kognitiven Rehabilitation wird durch den Einsatz von multiprofessionellen Massnahmen zur Funktionsverbesserung eine Partizipation in allen Lebensbereichen angestrebt (Kasper et al., (2016). Der Fokus liegt laut Kim (2015) auf der Verringerung der funktionellen Einschränkungen sowie der Verbesserung der Partizipation bei *Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)*. Kasper et al. (2016) definiert die kognitive Rehabilitation anhand vier inhaltlicher Kriterien: Individualität, Kompensation, Interaktion, Integration. In der kognitiven Rehabilitation werden individuelle Ziele definiert, die für die Klient*innen bedeutsam sind (Individualität). Um kognitive Defizite auszugleichen, werden kompensatorische Massnahmen, wie Strategien oder Hilfsmittel, vermittelt (Kompensation). Zudem wird beachtet, wie sich die kognitiven Defizite auf die Alltagsaktivitäten und das Sozialleben der Klient*innen auswirken (Interaktion). Zur

Interaktion gehören ausserdem auch der Einbezug von Angehörigen sowie die Anpassung der materiellen Umwelt. Des Weiteren werden verschiedene Therapiebereiche und verschiedene Berufsgruppen bei der Intervention miteinbezogen (Integration). Mit diesen vier Kriterien verfolgt die kognitive Rehabilitation das übergreifende Ziel des Aufrechterhaltens der persönlichen Partizipation der Klient*innen in der individuellen Lebenswelt.

2.3.2 Kognitive Stimulation

Ziele der kognitiven Stimulation sind laut Kasper et al. (2016) die Verbesserung der mentalen, sozialen und kognitiven Funktionen. Durch die kognitive Stimulation soll ausserdem die Lebensqualität der Menschen mit Demenz gefördert werden (Orrell et al., 2014). Zur kognitiven Stimulation zählen laut Busch (2016) Interventionsmethoden wie das *Realitätsorientierungstraining (ROT)*, die *Reminiszenztherapie*, die Biographiearbeit und die *Remotivationstherapie*. Bei diesen Methoden steht die Förderung von Funktionen, wie zum Beispiel die Orientierung oder Erinnerung, im Zentrum. Die Förderung dieser Funktionen soll einen positiven Einfluss auf die Durchführung von Alltagsaktivitäten haben. Da diese Alltagsaktivitäten nicht Teil der Interventionen sind, handelt es sich um einen indirekten Transfer in den Alltag (Kasper et al., 2016). Die Therapieeinheiten der kognitiven Stimulation haben gemäss dem Handbuch von Spector und Müller-Hergl (2012) immer denselben Ablauf, sind meist Gesprächsrunden und behandeln jeweils verschiedene Themen, wie zum Beispiel Nahrungsmittel oder die Kindheit. Besonders wird auch die Wichtigkeit der Regelmässigkeit sowie die lockere Atmosphäre hervorgehoben. Typischerweise findet die kognitive Stimulation in einem Gruppensetting statt. Die Durchführung ist aber auch im individuellen *Setting* möglich.

2.3.3 Kognitives Training

Kognitives Training erfolgt durch standardisierte Aufgaben, um spezifische kognitive Funktionen wie Konzentration oder Aufmerksamkeit zu verbessern. Die Aufgaben können entweder individuell oder im Gruppensetting gelöst werden. Es wird davon ausgegangen, dass die dadurch trainierten Funktionen indirekt in den Alltag übertragen werden können (Kasper et al., 2016). Zum kognitiven Training gehören beispielsweise computerbasierte Übungen sowie Papier-Stift-Aufgaben (Kim, 2015). Neben reinem funktionellem Training werden im kognitiven Training laut Kasper et al. (2016) auch Lernstrategien, wie zum

Beispiel «errorless learning», oder externe Gedächtnishilfen angeboten. Alltagsaktivitäten sind nicht Teil der Interventionen, weshalb es sich, wie bei der kognitiven Stimulation, um einen indirekten Transfer in den Alltag handelt.

2.3.4 Übersicht der kognitiven Interventionsansätzen

Tabelle 1

Darstellung der Inhalte der drei kognitiven Ansätze

	Kognitive Rehabilitation	Kognitive Stimulation	Kognitives Training
Ziel	Verbesserung oder Erhaltung der Partizipation in allen Lebensbereichen	Verbesserung der mentalen, sozialen und kognitiven Funktionen sowie der Lebensqualität	Verbesserung bzw. Erhalt spezifischer kognitiver Funktionen
Format	Individualisiert und im persönlichen Umfeld der Klient*innen	Mehrheitlich Gruppensetting, teilweise individuell	Individuell oder im Gruppensetting
Methoden	Kompensatorische Massnahmen Miteinbeziehen der Angehörigen und des individuellen Alltags, sowie verschiedener Therapiebereiche und/oder Berufsgruppen	Biographiearbeit ROT Reminiszenztherapie Einbinden in Konversationen	Trainieren von einzelnen kognitiven Funktionen durch standardisierte Übungen Übermittlung von Lernstrategien

Fortsetzung Tabelle 1

	Kognitive Rehabilitation	Kognitive Stimulation	Kognitives Training
Annahme bezüglich Wirkung auf Handlungsfähigkeit (ADL, IADL)	Durch Strategien und Anpassung der Umwelt kann die Auswirkung einer Funktionsstörung im Alltag auch dann verbessert werden, wenn die eigentliche Funktion nicht verbessert wird.	Die Verbesserung der kognitiven Funktionen und sozialen Fertigkeiten durch allgemeine mentale Aktivierung sollen zur Verbesserung der täglichen Aktivitäten beitragen.	Eine Verbesserung spezifischer kognitiver Funktionen unterstützt alltägliche Fertigkeiten und Selbständigkeit.
	→ Direkter Alltags-Transfer	→ Indirekter Alltags-Transfer	→ Indirekter Alltags-Transfer

Anmerkung. ADL: Activity of Daily Living, IADL: Instrumental Activity of Daily Living

Quelle: In Anlehnung an Kasper et al. (2016)

2.4 Handlungsfähigkeit

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, ist das Ziel der Ergotherapie, die Handlungsfähigkeit bei alltäglichen und bedeutungsvollen Aktivitäten zu verbessern oder zumindest zu erhalten. Um die Handlungsfähigkeit zu spezifizieren wird für diese Arbeit die Definition des *Bieler Modells* nach Nieuwesteeg-Gutzwiller und Somazzi (2009) beigezogen.

Handlungsfähigkeit ist die Fähigkeit einer Person, zielgerichtete, sozial bedeutsame und persönlich sinnvolle Handlungen in verschiedenen Lebensbereichen durchzuführen. Es bedeutet, Handlungen allein oder in Kooperation mit Mitmenschen planen, durchführen und kriterienorientiert bewerten zu können. Weiter wird die Handlungsfähigkeit im Bieler

Modell als die Fähigkeit einer Person beschrieben, in gegenwärtigen und zukünftigen Alltagssituationen realitätsbezogen handeln zu können (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2009). Diese Alltagssituationen werden in der Ergotherapie in zwei Bereiche unterteilt: die *Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)* und die *instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)*. Unter ADL werden Tätigkeiten verstanden, bei denen man sich um den eigenen Körper kümmert. Dazu zählen beispielsweise das Anziehen, Essen oder Duschen. Zu den IADL gehören alle Tätigkeiten, die das tägliche Leben zu Hause und innerhalb der Gemeinschaft unterstützen. Als Beispiele können das Einkaufen oder Verwaltung der Finanzen genannt werden (American Occupational Therapy Association, 2014). Laut Scheepers (2007) sind alle, für den einzelnen Menschen bedeutungsvollen Aktivitäten seines persönlichen, häuslichen, beruflichen, familiären und sozialen Alltags in den ADL und IADL enthalten. Aus diesem Grund werden bei der Definition der Handlungsfähigkeit diese Aktivitäten miteingeschlossen.

2.5 Das OTIPM als zugrundeliegendes Modell

Zur Einordnung der Interventionsmethoden im ergotherapeutischen Gedankengut wird das OTIPM nach Fisher (2014) als theoretische Grundlage verwendet. Die Grundsätze des Modells sowie die Begründung der Modellwahl werden nachfolgend erläutert. Eine prägnante Zusammenfassung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses sowie eine Darstellung dazu kann dem Anhang B entnommen werden.

2.5.1 Begründung der Modellwahl

Das OTIPM ist ein *ergotherapeutisches Modell*, das den Grundsätzen des aktuellen Paradigmas gerecht wird. Zentral sind im OTIPM und im aktuellen Paradigma die *Klient*innenzentrierung* und die *Betätigungsbasierung*. Das Modell bietet Ergotherapeut*innen Struktur, um eine betätigungsbasierte und klient*innenzentrierte Vorgehensweise im Prozess der Planung und Durchführung von Interventionen zu ermöglichen. Wird der OTIPM-Prozess befolgt, führt dies zum ergotherapeutischen Vorgehen, bei dem die Betätigung im Zentrum steht.

Da das OTIPM ein Prozessmodell ist, wird unter anderem auch die Interventionsphase beschrieben. Es eignet sich deshalb gut, um die kognitiven Interventionsmethoden der verschiedenen kognitiven Interventionsansätze im ergotherapeutischen Prozess

einzugliedern. Dadurch lässt sich aufzeigen, welche Interventionsmethoden dem betätigungsbasierten Ansatz der Ergotherapie nach Fisher (2014) entsprechen. In der Interventionsphase des OTIPM-Prozesses werden vier Interventionsmodelle beschrieben, die im Ergebnisteil dieser Arbeit zur Einordnung genutzt werden. Diese Interventionsmodelle werden nachfolgend beschrieben.

2.5.2 Interventionsmodelle und mechanisches Üben

Neben den vier Interventionsmodellen wird in diesem Abschnitt auch auf die sechs Arten von Aktivitäten nach Fisher (2014) eingegangen. Drei davon, namentlich die restitutive, die akquisitorische sowie die adaptive Betätigung, sind laut Fisher (2014) für die ergotherapeutische Praxis. Sie werden anhand den nachfolgend erläuterten Interventionsmodellen ersichtlich. Die anderen drei Arten von Aktivitäten sind die Vorbereitung, das mechanische Üben und die simulierte Betätigung. Da das mechanische Üben auch Bestandteil von kognitiven Interventionen ist, wird diese Aktivität näher erläutert und neben den vier Interventionsmodellen zur Einordnung der Interventionen verwendet.

Restitutives Interventionsmodell (restitutive Betätigung)

Beim restitutiven Interventionsmodell liegt der Fokus auf dem Training personenbezogener Faktoren und Körperfunktionen, welche wiederhergestellt, entwickelt oder erhalten werden sollen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die trainierten personenbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen wichtig sind, um eine Betätigung durchzuführen.

Akquisitorisches Interventionsmodell (akquisitorische Betätigung)

Der Fokus vom akquisitorischen Interventionsmodell liegt auf den Betätigungsfertigkeiten. Das Ziel ist, frühere Betätigungsfertigkeiten wiederzuerlangen, neue zu entwickeln, oder vorhandene zu erhalten. Die Betätigungen sollen so wie es für Personen desselben Alters und desselben Geschlechts normal ist, ausgeführt werden können. Die Intervention konzentriert sich hierbei direkt auf die Betätigungsperformanz. Sie wird mit den passenden Alltagsgegenständen und in der realen Umwelt durchgeführt.

Kompensatorisches Interventionsmodell (adaptive Betätigung)

Im kompensatorischen Interventionsmodell liegt das Ziel der Betätigung auf dem Kompensieren von ineffektiven Betätigungsfertigkeiten. Die Betätigung wird so angepasst,

dass sie wieder möglichst effektiv durchgeführt werden kann. Dabei werden Hilfsmittel oder Strategien (z.B. Merkhilfen) zur Kompensation genutzt. Die adaptive Betätigung kommt zum Zuge, wenn davon ausgegangen wird, dass die «normale» Ausführung der Betätigung nicht mehr realistisch ist.

Edukatives Interventionsmodell

Beim edukativen Interventionsmodell geht es darum, eine Gruppe von Menschen in Bezug auf die Ausführung von Betätigung zu beraten. Die Beratungen können für Klient*innen, deren Angehörigen oder Pflegepersonal sein. Während solchen Interventionen können die Teilnehmenden über Strategien diskutieren, die sie dann später ausprobieren.

Mechanisches Üben

Beim mechanischen Üben werden spezifische Körperfunktionen durch repetitives Üben entwickelt, wiederhergestellt oder erhalten. In diese Kategorie gehören auch kognitiv-perzeptive, sowie verhaltenstherapeutische Übungen, welche für diese Arbeit von Bedeutung sind. Diese Art von Aktivität entspricht nicht dem betätigungsbasierten Ansatz von Fisher (2014).

3 Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung dieser Arbeit wird anhand einer systematischen Literaturrecherche beantwortet (Anhang D). In diesem Kapitel werden die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die, für die systematische Literaturrecherche verwendeten Keywords (Anhang C) erläutert. Das Vorgehen der Literaturrecherche sowie die Bewertung der ausgewählten Studien werden anschliessend erläutert.

3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Verfasserinnen definierten verschiedene Ein- und Ausschlusskriterien, um den Themenbereich einzuschränken, sowie um relevante und passende Literatur zur Beantwortung der Fragestellung zu finden. In der Tabelle 2 sind die endgültig verwendeten Ein- und Ausschlusskriterien ausführlich beschrieben. Einige der Kriterien wurden im Verlauf der Recherche, wie in Kapitel 3.3. beschrieben, angepasst. Aufgrund der Sprachkenntnisse der Verfasserinnen wurden bei der Suche nur englische und deutsche Publikationen berücksichtigt.

Tabelle 2

Illustration der Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<p>Leichte bis moderate Demenz und «mild cognitive impairment» (MCI)</p> <p>Alle Teilnehmende haben eine diagnostizierte Demenz im leichten oder moderaten Stadium oder eine MCI. In diesem Stadium ist das Potential zur Förderung der Handlungsfähigkeit nachweislich noch vorhanden (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2018).</p> <p>Die leichte bis mittelschwere Demenz entspricht einem Messresultat der <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>, welches zwischen 10 und 26 Punkten liegt (Deutsche Gesellschaft für Psychische Forschung & Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2016).</p> <p>Kognitive Interventionen werden in Kombination mit medikamentösen Interventionen untersucht.</p> <p>Eingeschlossen werden Studien, die kognitive Interventionen in Verbindung mit Medikamenten untersuchten.</p>	<p>Schwere Demenz</p> <p>Studien mit Teilnehmenden mit einer schweren Demenz wurden nicht berücksichtigt, da das Potential zur Förderung der Handlungsfähigkeit in diesem Stadium der Demenz nachweislich nicht mehr gegeben ist (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2018).</p> <p>Die schwere Demenz entspricht einem Messresultat des MMSE von zehn oder weniger Punkten (Deutsche Gesellschaft für Psychische Forschung & Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2016).</p> <p>Kognitive Interventionen werden in Kombination mit anderen Interventionen untersucht.</p> <p>Studien, welche den Effekt von kognitiven Interventionen in Kombination mit anderen Interventionen, wie zum Beispiel sportliche Aktivitäten, untersuchten.</p>

Fortsetzung Tabelle 2

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<p>Passende Definitionen der Interventionen</p> <p>Studien, die Interventionen entsprechend der in der Arbeit formulierten Definitionen durchführten.</p> <p>Handlungsfähigkeit (ADL, IADL)</p> <p>Studien, die Handlungsfähigkeit (ADL, IADL) als primäres Ziel deklarierten.</p> <p>Veröffentlichung ab 2014</p> <p>Um Aktualität zu gewährleisten wurden nur Studien, welche ab 2014 publiziert wurden, berücksichtigt.</p> <p>Vergleichbarkeit mit der Schweiz</p> <p>Um die Ergebnisse mit der Situation in der Schweiz vergleichen zu können, werden nur Studien aus Ländern berücksichtigt, die mit der Schweiz bezüglich dem Gesundheitssystem vergleichbar sind.</p> <p>Dies sind unter anderem europäische Länder, die USA, Kanada, Japan, Südkorea oder Singapur.</p>	<p>Unpassende Definition der Interventionen</p> <p>Studien, bei welchen die Interventionen nicht mit der Definition dieser Arbeit übereinstimmen.</p> <p>Handlungsfähigkeit (ADL, IADL) nicht im Fokus</p> <p>Studien, die Handlungsfähigkeit (ADL, IADL) als sekundäres Ziel der Studie deklarierten, werden nicht berücksichtigt.</p> <p>Veröffentlichung vor 2014</p> <p>Studien, die vor 2014 publiziert wurden, werden nicht berücksichtigt.</p> <p>Keine Vergleichbarkeit mit der Schweiz</p> <p>Studien aus Ländern, welche kein mit der Schweiz vergleichbares Gesundheitssystem haben. Dies sind unter anderem afrikanische, südamerikanische oder teilweise asiatische Länder.</p>

Fortsetzung Tabelle 2

Anmerkung. ADL: Activity of Daily Living, IADL: Instrumental Activity of Daily Living, MMSE: Mini Mental State Examination, USA: United States of Amerika

Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Keywords und Datenbanken

Für die strukturierte Suche in den Datenbanken wurden Keywords, Synonyme und Ober- und Unterbegriffe formuliert. Folgende Keywords wurden für die Beantwortung der Fragestellung als relevant definiert:

- dementia
- alzheimer's disease
- cognitive rehabilitation
- cognitive stimulation
- cognitive training
- ADL
- IADL

Die vollständige Keywordtabelle ist im Anhang C ersichtlich.

Die Suche erfolgte auf den medizinischen Datenbanken MEDLINE, CINAHL, auf den ergotherapeutischen Datenbanken OTseeker und OTDBASE, auf AMED und PubMed sowie auf der psychologischen Datenbank PsycInfo. Durch die Suche auf diesen Datenbanken mit unterschiedlichen Schwerpunkten sollte ein möglichst breites Feld an Literaturergebnissen erzielt werden.

Die Keywords wurden mit den *Bool'schen Operatoren* "AND" und "OR" in Beziehung gesetzt, um die Suche zu präzisieren oder auszuweiten. Zudem wurde bei der Suche das *Trunkierungszeichen* (*) verwendet, um die ganze Wortfamilie miteinzubeziehen.

3.3 Beschreibung der Datenbankrecherche

Um die Suchergebnisse entsprechend der Fragestellung sinnvoll eingrenzen zu können, wurden vor Beginn der Literaturrecherche Ein- und Ausschlusskriterien definiert (Tabelle 2). Mit den Keywords und deren Synonymen wurden Wortgruppen gebildet, um eine umfassende Menge an relevanten Treffern zu erhalten. An der Treffermengen der einzelnen Wortgruppen ist ersichtlich, dass Ergebnisse bezüglich der Themen «Demenz», «kognitive Interventionen» und «Activities of Daily Living» hoch ist. Dementsprechend ergab eine erste Suche auf MEDLINE mit diesen einzelnen Wortgruppen über 6'000 Treffer. Durch das Kombinieren der Begriffsgruppen mit den Bool'schen Operatoren «AND» oder «OR» konnte im Verlauf der Recherche die Treffermenge entweder eingeschränkt oder erweitert werden. Ergaben sich bei einer Suche weniger als 60 Treffer, wurden die Titel und gegebenenfalls die Abstracts durchgelesen und nach den Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. Bei dieser ersten Bewertung wurde im Vergleich zur Tabelle 2 das Kriterium Aktualität breiter verwendet. Dies umfasste Studien ab eine Veröffentlichung im Jahr 2009. Alle Studien, welche sich mit Aspekten der Fragestellung auseinandersetzen, wurden vermerkt und abgespeichert. Einige Studien waren in mehreren Datenbanken vorhanden. Zusätzlich wurde mit der *Schneeballverfahren* nach weiteren passenden Studien gesucht, die für die Fragestellung wichtig erschienen. Es liess sich jedoch keine relevante Studie finden.

Aus der Suche ergaben sich insgesamt 60 Treffer, welche als relevant betrachtet wurden. Nach dem genauen Untersuchen dieser Studien anhand der Ein- und Ausschlusskriterien konnten viele der 60 Treffer ausgeschlossen werden, da die Handlungsfähigkeit nicht im Fokus stand. Es ergaben sich viele Publikationen, welche zu den Kriterien der kognitiven Rehabilitation passten. Nur wenige beinhalteten die kognitive Stimulation und das kognitive Training. Dieses Missverhältnis ist auf den Fokus der vorhandenen Studien bezüglich Wirkung der Intervention auf die Handlungsfähigkeit (ADL, IADL) zurückzuführen. Um dieses Missverständnis auszugleichen, wurden die Definition der kognitiven Rehabilitation detaillierter ausgearbeitet und das Ausschlusskriterium «Aktualität der Publikation» von zehn auf fünf Jahre eingegrenzt. Weiter konnten durch die Lockerung des Ausschlusskriteriums «Population» weitere Studien berücksichtigt werden, bei welchen Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI) miteinbezogen wurden. Fünf Publikationen erfüllten sämtliche Kriterien und wurden als Hauptstudien

festgelegt. Drei der Hauptstudien weisen eine Interventionsdauer von 6 Monaten und mehr auf und erlauben somit auch Analysen zur langfristigen Effektivität. Fünf Publikationen erfüllten sämtliche Kriterien und wurden als Hauptstudien festgelegt. Drei der Hauptstudien weisen eine Interventionsdauer von 6 Monaten und mehr auf und erlauben somit auch Analysen zur langfristigen Effektivität.

4 Ergebnisse

Bei den ausgewählten Hauptstudien handelt es sich um jeweils zwei quantitative Studien zur kognitiven Rehabilitation und zur kognitiven Stimulation. Zusätzlich wurde ein *Review* einbezogen, das neben diesen beiden Interventionsansätzen auch das kognitive Training untersucht. In diesem Kapitel werden die fünf ausgewählten Hauptstudien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Tabelle 3, Tabelle 4 und Tabelle 5 zeigen eine Übersicht über die fünf Hauptstudien. Im Kapitel 4.6 werden die Interventionen der Studien den passenden Interventionsmodellen des OTIPM zugeordnet.

Die kritische Würdigung der vier quantitativen Studien basiert auf dem Raster von Law et al. (1998) und jene des Reviews auf dem CASP-Formular nach Oxman et al. (1994). In den folgenden Zusammenfassungen wurden nur Ergebnisse erwähnt, welche einen Bezug zu der Handlungsfähigkeit haben. Die vollständig ausgefüllten Würdigungsraster sind im Anhang E ab Seite 108 zu finden.

4.1 Hauptstudie 1 - Rehabilitation

Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's Disease* (Brueggen et al., 2017)

Zweck:

Das Ziel dieser quantitativen Studie war es, den Effekt von kognitiver Rehabilitation nach dem CORDIAL-Manual auf Aktivitäten des täglichen Lebens bei Menschen mit einer leichten Alzheimer Demenz zu messen. Das Ergebnis der Interventionsgruppe wurde mit einer aktiven Kontrollgruppe verglichen, die während derselben Zeit standardisiertes kognitives Training erhielt.

Stichprobe:

20 Menschen mit einer leichten Alzheimer Demenz oder einer gemischten Demenz nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmer*innen waren zum Zeitpunkt der Studie zwischen 53 und 83 Jahre alt und wurden alle an der «Memory Clinic Rostock» (Deutschland) rekrutiert. Die Teilnehmer*innen hatten eine MMSE-Wertung zwischen 18 und 29 Punkten. Im Verlauf der Studie fielen vier Teilnehmer*innen aus verschiedenen Gründen aus. Nur die restlichen 16 Teilnehmer*innen wurden in der Studie ausgewertet.

Methode:

Die *randomisierte, kontrollierte Studie (RCT)* basierte auf den Teilnehmenden, welche an der «Memory Clinic Rostock» (Deutschland) rekrutiert wurden. Die Alzheimer Demenz sowie die gemischte Demenz aller Teilnehmenden wurden anhand derselben Skalen diagnostiziert. Fünf Teilnehmende kamen von einer Warteliste einer Pilotstudie und waren deshalb laut den Autor*innen der Studie für die Interventionsgruppe prädestiniert. Die anderen Teilnehmenden wurden anhand einer computerbasierten Randomisierung in die Interventions- und die Kontrollgruppe verteilt.

Die Ergebnisse wurden durch mehrere *validierte* und *reliable Assessments* erhoben. Die ADL-Fertigkeiten wurden anhand der B-ADL-Skala nach Hindmarch et al. (1998), der *Nuremberg Observational Scale-Patient (NSL-P)-Skala* und der *Nuremberg Observational Scale-Cargiver (NSL)-C-Skala* nach Oswald et al. (1990) ausgewertet. Die Messungen wurden vor der Intervention und 14 Tage nach Beendigung der Intervention durchgeführt.

Intervention:

Für die Intervention passten die Autor*innen der Studie das CORDIAL-Manual an. Die Module des CORDIAL-Manuals sind im Anhang E ab Seite 113 ersichtlich. Die Interventionen fanden über den Zeitraum von 12 Wochen statt und bestanden aus sechs Modulen mit je zwei Therapieeinheiten. Ein*e Ergotherapeut*in sowie ein*e Psycholog*in leiteten die jeweils einstündigen Einheiten.

Die Interventionen wurden grundsätzlich anhand des CORDIAL-Manuals durchgeführt. Die Autor*innen der Studie nahmen jedoch einige Anpassungen vor. Die Autor*innen ersetzten das individuelle Setting mit einem Gruppensetting, da sie die soziale Interaktion in die Intervention miteinbeziehen wollten. Durch eine Verlängerung der einzelnen Einheiten von einer auf zwei Stunden stellten sie jedoch sicher, dass trotzdem alle Teilnehmenden auch im Gruppensetting individuell betreut werden konnten. Die Module waren, im Unterschied zum CORDIAL-Manual, flexibel. Je nachdem was die Teilnehmer*innen gerade brauchten, wurde ein anderes Modul angeboten als im Manual vorgegeben. Die Teilnahme der Betreuungspersonen wurde von sechs auf drei gesenkt. Zusätzlich wurden Alltagsaufgaben geübt, um den Transfer der erlernten Strategien zu erleichtern.

Ergebnisse:

Die ADL-Fertigkeiten, gemessen mit der *Bayer Activities of Daily Living-Skala (B-ADL-*

Skala), erhöhte sich in der Interventionsgruppe im Laufe der Zeit und nahm in der Kontrollgruppe ab. Die Zunahme der ADL-Fertigkeiten war jedoch nicht signifikant. Die NSL-Skala, die von der Betreuungsperson bewertet wurde, zeigte einen nicht signifikanten Rückgang der ADL-Fertigkeiten in beiden Gruppen. Die «*Nuremberg Aging Observation Scale Patient*» (NSL)-Patientenbewertungsskala zeigte einen Rückgang in der Interventionsgruppe und eine nicht signifikante Zunahme in der Kontrollgruppe. Die Autor*innen führen die wenigen signifikanten Ergebnisse auf die kleine Stichprobengrösse (n=16) und die negativen Ergebnisse auf den mangelnden Transfer zwischen dem Therapiesetting und dem Alltag zurück. Signifikant verbesserte Werte wurden nur in der selbstbewerteten Lebensqualität gefunden. Diese nahm bei der Interventionsgruppe zu, während sie bei der aktiven Kontrollgruppe abgenommen hat.

Die Autor*innen empfehlen für weitere Untersuchungen eine längere Durchführungszeit. Sie gehen auch davon aus, dass bei längerer Interventionsdauer bessere Effekte auf die Handlungsfähigkeit erreicht werden könnten.

Kritische Würdigung:

Die Autor*innen nannten einige Limitationen der Studie. Dazu zählen die kleine Stichprobengrösse sowie die hohe Heterogenität in Bezug auf das Alter und die MMSE-Wertung. Zwar steigerte die hohe Variabilität die Relevanz der Studie, in Anbetracht der kleinen Stichprobengrösse limitiert dies aber die Möglichkeit signifikante Effekte zu entdecken. Die Verfasserinnen bemängeln zudem, dass die kleine Stichprobengrösse nicht begründet wurde und der Auswahlprozess nicht genau beschrieben. Zu kritisieren ist auch die Teilrandomisierung, welche die Verteilung verfälscht. Fünf Teilnehmer*innen waren schon bei einer anderen Studie involviert und wurden deshalb direkt der Interventionsgruppe zugeteilt. Diese fünf Personen könnten besonders motiviert gewesen sein, was die Ergebnisse zu Gunsten der Interventionsgruppe verfälscht haben könnte. Die Teilrandomisierung kann auch dazu geführt haben, dass die fünf Teilnehmer*innen wussten, in welcher Gruppe sie sich befanden. Dies könnte ebenfalls zu Verfälschungen zu Gunsten der Interventionsgruppe geführt haben. Weiter gab es drei Teilnehmende, welche keine *antidementive Medikation* einnahmen. Diese drei Personen waren alle der Kontrollgruppe zugeteilt, was die Ergebnisse zu Gunsten der Interventionsgruppe beeinflusst haben könnte. Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse ist jedoch durch die vielen

validierten und reliablen Messungen gegeben. Ausserdem wurden mehrere Assessments für die Handlungsfähigkeit verwendet, was die Zuverlässigkeit der erhobenen Daten ebenfalls erhöht.

4.2 Hauptstudie 2 - Rehabilitation

A retrospective study of a multicomponent rehabilitation programme for community dwelling persons with dementia and their caregivers (Cornelis et al., 2018)

Zweck:

Das Ziel dieser retrospektiven Studie war es, herauszufinden, ob das Multikomponenten-Rehabilitationsprogramm des National Institut for Health and Disability (NIHDI) in Belgien positive Ergebnisse zur Verbesserung der ADL-Fertigkeiten, der Lebensqualität sowie der Stimmung erzielen konnte und ob eine Verringerung der Belastung von Betreuungspersonen stattfand. Das Multikomponentenprogramm wurde im Jahre 2011 in zehn speziell dafür eingerichteten Memorykliniken eingeführt.

Stichprobe:

30 Menschen im Alter zwischen 53 und 89 Jahren mit einer diagnostizierten Demenz (MMSE-Wertung zwischen 13-29 Punkten) und ihre Betreuungspersonen nahmen an der Studie teil. Acht Paare schieden während der Studiendurchführung aus verschiedenen Gründen aus. Die Teilnehmenden waren in ambulanter Betreuung in der Memoryklinik «Universitair Ziekenhuis Brussel» (Belgien), und es wurde davon ausgegangen, dass sie noch mindestens ein Jahr zu Hause leben können.

Methode:

Die retrospektive Studie basierte auf der ersten Kohorte, die an der neu eröffneten Memoryklinik «Universitair Ziekenhuis Brussel» behandelt wurden. Ursprünglich war keine Studie geplant. Es wurden dennoch ausführliche Daten erhoben, da dies das NIHDI so vorgeschrieben hat. Die Studie untersuchte Interventionen, welche im «Real-Life-Setting» durchgeführt wurde, und kann daher Aussagen über die Praxis machen.

Die Resultate wurden mit folgenden Assessments gemessen: belgische Version der *ADL-Skala* nach Katz et al. (1963), *IADL-Skala* nach Lawton et al. (1969) und der *AADL-Skala* nach De Vriendt et al. (2013). Somit wurde eine vollständige Erfassung gewährleistet. Die Assessments wurden vor der Intervention und ein Jahr nach

Beendigung der Intervention durchgeführt. Es sind keine retrospektiven Daten einer Kontrollgruppe vorhanden. Die Studie analysierte die Veränderung der Messung innerhalb der Interventionsgruppe.

Intervention:

Das Multikomponenten-Programm bestand aus drei Phasen. In der ersten Phase ging es darum, die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Teilnehmenden zu erfassen sowie individuelle Ziele zu setzen. Die zweite Phase bestand je nach Bedürfnis aus ADL-Training, Umwelthanpassungen sowie Strategieentwicklung. Die Betreuungspersonen wurden in verhaltensspezifischen und kognitiven Strategien geschult, damit sie ihren Angehörigen zu Hause grösstmögliche Autonomie gewährleisten konnten. In der dritten Phase, der Bewertungsphase, wurden die Ziele ausgewertet und anhand verschiedener Assessments beurteilt.

Das Mehrkomponenten-Rehabilitationsprogramm dauerte 1 Jahr, mit maximal 25 Einheiten, welche jeweils 60 Minuten dauerten. Die Anzahl der Einheiten waren abhängig von den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz und deren Betreuungspersonen.

Ergebnisse:

Nach der Intervention wurden signifikant verschlechterte Werte der ADL-Skala und der IADL-Skala gemessen. Auch alle drei Unterskalen des AADL-Tools waren nach der Intervention verschlechtert, jedoch war die Verschlechterung nur bei einer Unterskala signifikant.

Kritische Würdigung:

Die Autor*innen nennen einige Limitationen der Studie. Die Studie wurde retrospektive durchgeführt, die Daten wurden folglich nicht für wissenschaftliche Zwecke analysiert. Sie erwähnen ausserdem, dass die Beurteilung der Reliabilität und Validität von Studien immer schwieriger ist, wenn die Daten nicht mit dem Zweck der Forschung erhoben wurden. Jedoch sind die Messungen von einem hochqualifizierten Team durchgeführt worden. Die Autor*innen erwähnen, dass die sorgfältige Sammlung der Daten dadurch gewährleistet ist. Eine weitere Limitation der Studie ist die fehlende Kontrollgruppe, was die Aussagekraft der Ergebnisse wesentlich reduziert. Die Analysen im Ergebnisteil sind damit auf Aussagen zur Entwicklung über die Zeit beschränkt. Die Änderungen über die Zeit sind neben der Intervention von anderen Einflüssen, unter anderem dem

degenerativen Verlauf der Demenz, abhängig. In dieses Bild passt auch die signifikante Reduktion der MMSE-Wertung. Kausale Aussagen zur Erhaltung der Werte aufgrund der Intervention können nur bedingt gemacht werden. Die Stichprobengrösse war klein, da nur die erste Kohorte einer einzigen Memoryklinik miteinbezogen wurden. Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse, und da die Effektgrössen der Messungen eher klein waren, können keine definitiven Schlussfolgerungen hinsichtlich der klinischen Implikation gezogen werden.

Die Verfasserinnen bewerten die Verwendung von verschiedenen reliablen und validen Assessments als positiv zur Bewertung der Handlungsfähigkeit. Dadurch sind die erhobenen Ergebnisse nicht von der Sensibilität eines einzigen Assessments abhängig, was die Glaubwürdigkeit erhöht. Positiv wird ausserdem das «Real-Life-Setting» gewertet, da die Ergebnisse auf ein Programm rückschliessen, das genauso auch angewendet werden kann.

Weiter halten die Verfasserinnen fest, dass sich das Programm über ein Jahr erstreckte. Die Studie kann daher Aussagen über eine langfristige Veränderung der Handlungsfähigkeit machen.

Tabelle 3

Übersicht über die Hauptstudien 1 und 2

Hauptstudie	Art der Demenz	Stichprobe	Interventionsdauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungsfähigkeit
Brueggen et al. (2017)	Leichte oder moderate Alzheimer Demenz	N = 20	3 Monate	Reminiszenztherapie	B-ADL: nicht signifikant verbesserte Werte in der Interventionsgruppe
			2x pro Woche	Biographische Arbeit	
			120 Minuten	ADL-Training	
	MMSE-Wertung vor der Intervention: IG: 21.75±3.24 KG: 24.00±3.55			Erarbeitung Tagesstruktur	NSL-C, NSL-P: in beiden Gruppen nicht signifikant verschlechterte Werte
				Entwicklung von kompensatorischen Strategien	
				Schulung Betreuungspersonen	

Fortsetzung Tabelle 3

Hauptstudie	Art der Demenz	Stichprobe	Interventionsdauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs-fähigkeit
Cornelis et al. (2018)	Demenz	N = 30	1 Jahr	ADL-Training	ADL-Skala / IADL-Skala
	MMSE-Wertung vor der Intervention:		Benötigte / erwünschte Anzahl an Interventionen	Entwicklung von kompensatorischen Strategien Umweltanpassungen Hilfsmittelabgabe	Signifikant verschlechterte Werte der alltäglichen Funktionsweise
	IG: 22.6±4.7		(mind. 10, max. 25), 60 min	Schulung von Betreuungspersonen	AADL-Tool:
	KG: -				Verschlechterte Werte aller Unterskalen.

Anmerkung. AADL-Tool: Advanced Activities of Daily Living Tool (De Vriendt et al., 2013), ADL-Skala nach Katz et al. (1963), IADL-Skala nach Lawton et al. (1969), IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, MMSE: Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975), NSL-C / NSL-P: Nuremberg Observational Scale-Cargiver / Patient (Oswald et al., 1990)

Quelle: Eigene Darstellung

4.3 Hauptstudie 3 - Kognitive Stimulation

A pilot study on behavioral and cognitive effects of Cognitive Stimulation Training based on 3R-Mental-Stimulation. The Treviso Dementia (TREDEM) Study (Spagnolo et al., 2015)

Zweck:

Die Studie untersucht die Wirkung von kognitiver Stimulation bei Menschen mit Demenz. Die kognitive Stimulation basierte dabei auf dem 3R-Programm, welches aus Sequenzen der Methoden ROT, Reminiszenztherapie und Remotivationstherapie während derselben Therapiesitzung bestand. Untersucht wurden die Effekte auf die Kognition, Autonomie bei ADL- und IADL-Fertigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz sowie die Belastung der Betreuungspersonen.

Stichprobe:

Die Stichprobe der Studie besteht aus 36 Menschen mit verschiedenen Formen der Demenz. Sie waren alle Patient*innen des «Treviso General Spitals» in Italien. Eingeschlossen wurden Betroffene mit einer MMSE-Wertung von über 17 Punkten und der Fähigkeit schriftlich und mündlich zu kommunizieren. Voraussetzung für die Studienteilnahme war zudem die Anwesenheit einer Betreuungsperson. Es handelt sich um eine retrospektive Studie: Die Autor*innen rekrutierten alle 36 Teilnehmenden aus einer bereits bestehenden Studie von Gallucci et al. (2012).

Methode:

Bei dieser quantitativen Studie handelt es sich um eine retrospektive Beobachtungsstudie mit nur einer Beobachtungsgruppe und keiner Kontrollgruppe. Die Autor*innen verwendeten Daten basierend auf der Studie von Gallucci et al. (2012). Die Messungen führte ein*e Neuropsycholog*in vor und nach der Behandlung von sieben Wochen durch. Um die ADL- und IADL-Fertigkeiten zu messen, wurden die Assessments ADL-Skala nach Katz et al. (1963) und IADL-Skala nach Lawton et al. (1969) verwendet.

Die Studie vergleicht die daraus resultierenden Durchschnittswerte der vor und nach der Behandlung erhobenen Messungen. Ausserdem wurde eine *multivariate Analyse* durchgeführt, um zusätzlich die Beeinflussung der medikamentösen Behandlung zu berücksichtigen. 69,4% der Teilnehmer*innen erhielten eine medikamentöse Behandlung.

Intervention:

Alle Teilnehmenden nahmen an 14 Gruppenbehandlungen teil, die jeweils zwei Mal pro

Woche stattfanden. Insgesamt betrug die Interventionsdauer sieben Wochen. Bei jeder Gruppe nahmen vier Teilnehmer*innen mit je einer Betreuungsperson teil. Die Betreuungspersonen nahmen teil, um die kognitive Stimulation nach den Gruppenbehandlungen fortsetzen zu können.

Die kognitive Stimulation im Rahmen der Gruppenbehandlungen basierte auf dem 3R-Programm. Das 3R-Programm umfasst die Methoden ROT, Reminiszenztherapie und Remotivationstherapie. Die drei Interventionsmethoden verfolgen unterschiedliche Ziele: Beim ROT ist das Ziel, die Orientierung der Teilnehmenden mit Stimulation der repetitiven Orientierung der Umwelt zu fördern. Bei der Reminiszenztherapie werden die kognitiven Funktionen durch Erinnerungen der Vergangenheit und autobiographischen Erfahrungen trainiert. Die Remotivationstherapie bildet eine Brücke zwischen den Teilnehmer*innen und der Realität, damit diese sich mehr als Teil der Welt fühlen. Das 3R-Programm kombiniert alle drei Interventionsmethoden in derselben Interventionseinheit.

Ergebnisse:

In der Studie wurden einerseits Resultate aus dem Vergleich der Durchschnittswerte vor und nach der Behandlung aufgezeigt. Andererseits wurden auch die Resultate der multivariaten Analyse mit Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung präsentiert.

Der Vergleich der Durchschnittswerte zeigte eine signifikante Verbesserung in den ADL-Fertigkeiten. Die Verbesserungen bei den IADL-Fertigkeiten waren nicht signifikant. Die multivariate Analyse relativierte die *Signifikanz*

aus dem Vergleich der Durchschnittswerte. Unter Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung fielen die Änderungen sowohl bei den ADL- als auch bei den IADL-Fertigkeiten nicht signifikant aus.

Kritische Würdigung:

Aufgrund des retrospektiven Studiendesigns gab es keine Kontrollgruppe. Die Studie untersuchte die Veränderung der Assessments über die Zeit. Ohne Kontrollgruppe sind jedoch kaum kausale Aussagen zur Wirkung der Intervention möglich, da Veränderung über die Zeit von vielen anderen Faktoren abhängig ist, so zum Beispiel von der medikamentösen Behandlung oder dem degenerativen Verlauf der Krankheit. 25 der 36 Teilnehmer*innen erhielten neben der kognitiven Stimulation auch eine medikamentöse Therapie. Dies könnte das Studienergebnis positiv beeinflusst haben. Die Autor*innen

berücksichtigten diese Einwirkung in einer zusätzlich durchgeführten multivariaten Analyse. Im Gegensatz zu den Vergleichen der Durchschnittswerte vor und nach der Intervention fielen die Resultate der multivariaten Analyse mehrheitlich nicht signifikant aus. Demzufolge wäre es möglich, dass die Medikamente den entscheidenden Beitrag zum signifikanten Ergebnis gaben. Die Verfasserinnen beurteilen diese Limitation als zentral, deshalb werden bei den Analysen dieser Arbeit, die nicht signifikanten Ergebnisse der multivariaten Analyse berücksichtigt.

Zu den hauptsächlichen Limitationen zählt auch die kleine Stichprobengrösse. Laut den Autor*innen war es schwierig Teilnehmende zu finden, da die Teilnahme an der Studie für die Betreuungspersonen mit grossem Zeitaufwand verbunden war. Weiter wurde keine *Follow-up Messung* durchgeführt, um die Langzeitwirkung der Behandlung zu untersuchen.

Die Verfasserinnen sehen die kurze Behandlungsdauer als weitere Limitation der Studie. Es könnte sein, dass nach dieser kurzen Behandlungsdauer die Intervention noch keine erkennbare Wirkung zeigen konnte. Ausserdem ist unklar, wie der genaue Ablauf der Interventionen war und es fehlen Angaben zu den Personen, welche die Messungen und Behandlungseinheiten durchführten.

4.4 Hauptstudie 4 - Kognitive Stimulation

A pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive stimulation in patients with Alzheimer's disease (D'Onofrio et al., 2014)

Zweck:

Die Studie untersuchte die Effektivität der kognitiven Stimulation in Kombination mit dem Medikament *Rivastigmin* bei Menschen mit einer Alzheimererkrankung. Die Effektivität wurde anhand des Stürzrisikos, der Autonomie bei den ADL- und IADL-Fertigkeiten sowie den kognitiven, depressiven und neuropsychiatrischen Symptomen beurteilt.

Stichprobe:

Zur Gewinnung der Stichprobe wurden Patient*innen des Spitals «Casa Sollievo della Sofferenza» in San Giovanni Rotondo (Italien) vom 1. Juli 2011 bis zum 30. Juni 2012 auf ihre Eignung für die Teilnahme an der Studie geprüft. Eingeschlossen wurden Teilnehmende, welche über 65 Jahre alt waren, eine diagnostizierte Demenz hatten und

die Zustimmung für die Teilnahme an der Studie geben konnten. Zu den Ausschlusskriterien gehören unter anderem Diagnosen der vaskulären oder gemischten Demenz und schwere kognitive Beeinträchtigungen (MMSE-Wertung < 10).

Nach diesen Ein- und Ausschlusskriterien wurden 92 Personen in die Studie aufgenommen. Die Teilnehmenden wurden zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt: eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe.

Methode:

Vor der Behandlung wurden demographische Daten zur klinischen und medikamentösen Krankheitsgeschichte gesammelt. Zu Beginn der Studie und sechs Monate später wurden bei allen Teilnehmer*innen die ADL- und IADL-Fertigkeiten, die kognitiven Funktionen, die neuropsychiatrischen Symptome (z.B. Wahnvorstellungen oder Angst), die depressiven Symptome, die Ernährung, das Risiko Druckstellen zu entwickeln, bestehende Komorbiditäten sowie das Sterberisiko evaluiert. Zur Messung der ADL- und IADL-Fertigkeiten wurden die Assessments ADL-Skala nach Katz et al. (1963) und die IADL-Skala nach Lawton et al. (1969) verwendet.

Intervention:

Die individuellen Interventionen kognitiver Stimulation wurden von zwei Neuropsycholog*innen durchgeführt. Die Interventionseinheiten fanden wöchentlich statt und dauerten jeweils 90 Minuten. Insgesamt wurden zwei Zyklen von Interventionen durchgeführt, welche je zwei Monate dauerten. Dazwischen fand eine zweimonatige Pause statt. Insgesamt dauerte die Behandlung 6 Monate. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden Aufgaben, welche sie zu Hause mit Unterstützung von Angehörigen durchführten.

Es wurden Interventionsprogramme mit drei unterschiedlichen Niveaus entsprechend den kognitiven Beeinträchtigungen durchgeführt. Für Teilnehmende mit milder bis moderater Demenz wurde ROT mit zwei unterschiedlichen Niveaus (MMSE-Wertung: 4-17 und 18-23) angeboten. Das ROT zielt auf die Förderung der persönlichen, zeitlichen und räumlichen Orientierung ab. Für Teilnehmende mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (MMSE-Wertung: 24-30) wurde Memory Training Plus durchgeführt. Das Memory Training Plus beinhaltet das Training von Funktionen, wie zum Beispiel das Gedächtnis oder die Aufmerksamkeit.

Die Interventionsgruppe erhielt eine Behandlung mit kognitiver Stimulation in Kombination mit dem Demenzmedikament Rivastigmine. Die Kontrollgruppe wurde mit demselben Medikament in derselben Dosis, jedoch ohne die kognitive Stimulation behandelt.

Ergebnisse:

Die Autor*innen analysierten einerseits die Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach der Behandlung und andererseits die Entwicklung innerhalb der Gruppen.

Die Messungen vor der Behandlung zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bei der sechs monatigen Nachbeobachtung zeigten sich bei den ADL- und IADL-Fertigkeiten signifikant bessere Werte. Sowohl innerhalb der Interventions- als auch innerhalb der Kontrollgruppe konnten signifikante Verbesserungen bei den ADL- und IADL-Messungen festgestellt werden.

Zusammenfassend wird in der Studie beschrieben, dass die kombinierte Behandlung des 3R-Programms mit dem Medikament Rivastigmine bei Menschen mit Demenz eine Interventionsmethode mit guter Effektivität darstellt.

Kritische Würdigung:

Die Autor*innen führten verschiedene Limitationen auf. Sie informierten, dass es keine Möglichkeit gab, die Interventionsinhalte der zwei Gruppen vor den Teilnehmenden zu verbergen. Die Teilnehmenden wussten also, ob sie sich in der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe befanden. Dies könnte zur Folge haben, dass die Teilnehmenden der Interventionsgruppe motivierter waren als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Daraus könnte eine Begünstigung der Behandlung mit kognitiver Stimulation resultiert haben.

Es handelte sich ausserdem um eine relativ kleine Stichprobe aus einem einzigen Spital, was die Verallgemeinerung der Ergebnisse erschwert.

Es handelt sich um eine quantitative Studie, dementsprechend sind die Interventionen nur knapp beschrieben. Die Autor*innen hätten beispielsweise angeben können, an welche Manuale sie sich für die Inhalte der Interventionen hielten. Die Ziele und Themen der Methoden der kognitiven Stimulation wurden genannt. Trotzdem fehlen genauere Angaben zum Ablauf einer Interventionseinheit, um die Intervention auf dieselbe Weise durchführen zu können. Auch der Rahmen der Durchführung ist nicht ersichtlich. Zudem ist unklar, ob Teilnehmende der beiden Gruppen weitere Interventionsangebote

ausserhalb der Studie wahrnahmen. Falls dies der Fall gewesen wäre, könnte dies das Ergebnis positiv beeinflusst haben.

Die Behandlung erstreckte sich insgesamt über ein halbes Jahr. Die Verfasserinnen halten deshalb fest, dass die Studie für Analysen zur Langfristigkeit einbezogen wird.

Tabelle 4

Übersicht über die Hauptstudien 3 und 4

Hauptstudien	Art der Demenz	Stichprobe	Interventionsdauer	Interventionen	Ergebnisse
Spagnolo et al. (2015)	Verschiede Formen der Demenz	N = 36	7 Wochen	3R-Programm bestehend	ADL-Skala / IADL-Skala: Keine signifikante Verbesserung der Werte ADL- und IADL-Fertigkeiten
			2 x pro Woche	aus:	
	MMSE-Wertung vor der Intervention:			ROT	
	IG: 21.5±2.6			Reminiszenztherapie	
	KG: -			Remotivationstherapie	

Hauptstudien	Art der Demenz	Stichprobe	Interventionsdauer	Interventionen	Ergebnisse
D' Onofrio et al. (2014)	Leichte oder moderate Alzheimer Demenz MMSE-Wertung vor der Intervention: IG: 18.86±3.07 KG: 18.96±2.58	N = 90	6 Monate (jeweils 2 Monate Intervention mit 2 Monaten Pause) 1 x pro Woche, 90 Minuten	ROT Erinnerungstraining (Memory Training Plus)	ADL-Skala / IADL-Skala: Signifikant bessere Werte der ADL- und IADL- Fertigkeiten bei der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe

Anmerkung. AADL: Advanced Activities of Daily Living (De Vriendt et al., 2013), ADL-Skala nach Katz et al. (1963), IADL-Skala nach Lawton et al. (1969), IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, MMSE: Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975)

Quelle: Eigene Darstellung

4.5 Hauptstudie 5 - Review: Kognitives Training, kognitive Stimulation, kognitive Rehabilitation

Effectiveness of cognition-focused interventions in activities of daily living performance in people with dementia: A systematic review. (Garrido-Pedrosa et al., 2017)

Zweck:

Das Ziel dieses Reviews war, die verfügbare Evidenzlage bezüglich der Vorteile von kognitionsfokussierten Interventionen auf die Performanz von Aktivitäten des täglichen Lebens von Menschen mit Demenz zu identifizieren und zu analysieren. Es wurden nur Studien berücksichtigt, welche die Funktionalität in den ADL gemessen haben.

Stichprobe:

Die zu untersuchende Population waren Menschen über 65 Jahren mit einer diagnostizierten Demenz, einschliesslich Alzheimer, leichter bis moderater Demenz, gemischter Demenz, vaskulärer Demenz oder MCI. Die Teilnehmenden hatten alle eine MMSE-Wertung (zwischen durchschnittlich 15.4 und 25 Punkten) oder einen CDS (-1 oder -2 Punkte) durchgeführt und einen Altersdurchschnitt zwischen 70,4 Jahren und 85,5 Jahren.

Methode:

Bei der Studie handelt es sich um eine systematische Literaturrecherche. Über einen Zeitraum von fünf Monaten wurden zehn medizinische und psychologische Datenbanken mittels sinnvollen Keywords durchsucht. 3442 Studien wurden bei der ersten Suche gefunden. Diese wurden anhand mehrerer Ein- und Ausschlusskriterien (RCT, Art von Demenz, Art von Intervention, Qualität) aussortiert. Alle miteinbezogenen RCT-Studien wurden von mindestens zwei Begutachter*innen kritisch gewürdigt. Nur Studien mit "hohen" oder "angemessenen" Qualitätsergebnissen wurden ins Review miteinbezogen. Schlussendlich wurden elf Studien berücksichtigt.

Intervention:

Das Review berücksichtigte RCT-Studien, welche Interventionsgruppen mit Kontrollgruppen verglichen. Die Interventionsgruppe erhielt eine der drei kognitiven Interventionen (kognitive Rehabilitation, kognitive Stimulation, kognitives Training), während die Kontrollgruppe die übliche Intervention erhielt. Die Interventionen und

die Ergebnisse der einzelnen Studien können im Anhang F ab Seite 159 nachgelesen werden.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der untersuchten Studien deuten insgesamt darauf hin, dass kognitive Rehabilitation und kognitive Stimulation die ADL-Fertigkeiten positiv beeinflussen. Allerdings wird dieser Effekt nicht bei allen untersuchten Studien zur kognitiven Rehabilitation und kognitive Stimulation nachgewiesen. Für isolierte Interventionen des kognitiven Trainings konnte keine *Evidenz* bezüglich der Effektivität auf die ADL-Fertigkeiten gefunden werden. In einigen Studien zeigte sich jedoch, dass kognitives Training in Kombination mit anderen Interventionsansätzen erhaltend auf ADL-Fertigkeiten wirkte.

Das Review stellte insgesamt keine Zusammenhänge der Effektivität mit der Interventionsdauer fest. Dennoch beobachteten die beiden Studien des Reviews mit der längsten Interventionsdauer eine Erhaltung der ADL-Fertigkeiten bei den Interventionsgruppen. Gleichzeitig nahmen die ADL-Fertigkeiten bei den Kontrollgruppen ab. Die beiden Studien führten Interventionen mit einer Dauer von 12 Monaten durch.

Die Autor*innen empfehlen für die praktische Anwendung die kognitive Stimulation in Verbindung mit anderen kognitiven Techniken.

Kritische Würdigung:

Es bestand eine hohe Heterogenität bei der Art und der Durchführung der Interventionen. Auch wurden die ADL-Fertigkeiten nicht immer mit denselben Assessments durchgeführt, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert. Die Autor*innen des Reviews nennen einige Limitationen. Alle elf RCT-Studien des Reviews haben eine kleine Stichprobengrösse, was die Repräsentativität der Ergebnisse vermindert. In allen Studien wurden andere ADL-Assessments verwendet. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Ausserdem wurden nicht in allen Interventionen die Angehörigen miteinbezogen, um die Intervention zu Hause weiterzuführen. Dies kann zu grösseren Frequenzunterschieden führen und macht die Resultate weniger vergleichbar. Weitere Unterschiede wurden von den Autor*innen herausgearbeitet und beschrieben.

Als Stärke des Reviews nennen die Autor*innen das multidisziplinäre Team, welches eine Bearbeitung des Themas aus verschiedenen Blickwinkeln garantiert. Gemäss den Autor*innen braucht es weiterführende Forschung, um kognitive Interventionen zu entwickeln, welche die Verbesserung und Erhaltung der ADL-Fertigkeiten bei Menschen mit Demenz gewährleisten.

Die Verfasserinnen werten es als positiv, dass nur RCT-Studien berücksichtigt wurden. RCT-Studien haben immer eine Vergleichsgruppe und die Teilnehmenden werden zufällig den verschiedenen Gruppen zugeteilt. Dies erhöht die Zuverlässigkeit der dadurch erhobenen Daten und erlaubt Analysen zur kausalen Wirkung der Interventionen. Dass aber nur elf Studien für vier verschiedene Interventionsansätze gewählt wurden, reduziert die Datenmenge pro Ansatz und damit die Aussagekraft des Reviews für die jeweiligen Ansätze. Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien kann von einer gewissen Heterogenität der Studien ausgegangen werden. Die einbezogenen Studien weisen eine hohe Diversität in den folgenden Kriterien auf: «Art der Demenz», «kognitive Einschränkung», «Interventionsdauer» und «Dauer einer Interventionseinheit». Die kognitiven Einschränkungen gemessen mit dem MMSE liegen zwischen durchschnittlichen 15.4 Punkten und 25 Punkten; die Interventionsdauer reicht von fünf Wochen bis zu einem Jahr und die Einheiten von 45 Minuten bis zu zwei Stunden.

Tabelle 5

Übersicht über die Hauptstudie 5

Hauptstudien	Art der Demenz	Stichprobe	Interventionen	Ergebnisse
Garrido-Pedrosa et al. (2017)	Alzheimer-Krankheit, leicht bis mittelschwere Demenz, gemischte Demenz, vaskuläre Demenz oder leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI) MMSE-Wertung vor der Intervention höher als 10 oder CDR-Werte vor der Intervention zwischen -0.5 und -2.	11 RCT	Die Interventionsgruppe erhielt einen der drei kognitiven Interventionsansätzen (kognitive Rehabilitation, kognitive Stimulation, kognitives Training) Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe wurden verglichen.	Kognitive Rehabilitation und kognitive Stimulation können zu Verbesserungen der ADL-Fertigkeiten führen Kognitives Training führt nicht zu Verbesserung der ADL-Fertigkeiten

Anmerkung. ADL: Activities of Daily Living, CDR: Clinical Dementia Rating (Hughes et al., 1982), MCI: mild cognitive disorder, MMSE: Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975), RCT: Randomised controlled trial

Quelle: Eigene Darstellung

4.6 Einordnung der Interventionsmethoden aus den Hauptstudien im OTIPM

Die verschiedenen Interventionsmethoden der fünf Hauptstudien sind in den Zusammenfassungen ab Seite 25 beschrieben. Sie werden nun den vier Interventionsmodellen des OTIPM sowie dem mechanischen Üben zugeordnet (Tabelle 6). Die Zuordnung der einzelnen Interventionsmethoden zeigt auf, welche Charakteristika die drei kognitiven Interventionsansätze aufweisen und erleichtert dadurch einen Vergleich. Sie zeigt ausserdem auf, wie die kognitiven Interventionsansätze zum ergotherapeutischen Gedankengut nach Fisher (2014) passen. Bei der Einordnung werden nur jene Interventionsmethoden aus den Hauptstudien mit einbezogen, welche zu einem der drei kognitiven Ansätze gehören und daher für die vorliegende Arbeit relevant sind. Allfällige medikamentöse Behandlungen werden nicht zugeordnet.

Die Einordnung der Interventionen in die Interventionsmodelle basieren laut Fisher (2014) auf dem *Clinical Reasoning*, sowie dem Interventionsziel. Da aus den Studien das Clinical Reasoning nicht immer ersichtlich wird, haben die Verfasserinnen bestimmte Annahmen getroffen, um die Einordnung dennoch vornehmen zu können. Diese werden folgend erläutert.

Wenn aus der Beschreibung der Interventionsmethode keine Betätigungsbasierung oder keinen Alltagsbezug herauszulesen war, wurde die Interventionsmethoden dem mechanischen Üben zugeordnet. Dabei gehen die Verfasserinnen davon aus, dass bei einer Einzeltherapie das Eingehen auf die individuellen Betätigungen der Klient*innen möglich ist. Ansonsten wurde die Interventionsmethode dem entsprechenden Interventionsmodell nach OTIPM zugeordnet. Die Interventionsmethode «ROT» wurde nicht in allen Studien gleichermassen durchgeführt. Die Verfasserinnen entschieden deshalb je nach Durchführungsart, wo die Interventionsmethode eingeordnet wurde.

Tabelle 6

Übersicht über die Einordnung der Interventionsmethoden im OTIPM

Interventionsmethoden	Mechanisches Üben	Restitutives Modell	Akquisitorisches Modell	Adaptives Modell	Edukatives Modell
Kognitive Rehabilitation		X	X	X	X
Reminiszenztherapie ^{1, 5}		X			
Biographische Arbeit ¹		X			
Papier-Stift-Übungen ⁵		X			
ROT ⁵		X			
Motorische Stimulation ⁵		X			
ADL-Training ^{1, 2, 5}			X		
Erarbeitung Tagesstruktur ^{1,5}				X	
Entwicklung von kompensatorischen Strategien ^{1, 2, 5}				X	
Umweltanpassungen ²				X	
Hilfsmittelabgabe ^{2, 5}				X	
Schulung von Betreuungspersonen ^{1, 2, 5}					X

Fortsetzung Tabelle 6

Interventionsmethoden	Mechanisches Üben	Restitutives Modell	Akquisitorisches Modell	Adaptives Modell	Edukatives Modell
Kognitive Stimulation	X	X			X
Reminiszenztherapie ^{3, 5}	X				
ROT ^{3,4,5}	X ^{3,5}	X ^{4,5}			
Remotivationstherapie ³	X				
Erinnerungstraining (Memory Training Plus) ⁴	X				
Gruppendiskussionen verschiedener Themen ⁵	X				
Training Arbeitsgedächtnis und exekutive Funktionen ⁵	X				
Schulung von Betreuungspersonen zur Anwendung der kognitiven Stimulation ^{3, 5}					X
Kognitives Training	X				
Papier-Stift-Aufgaben ⁵	X				
Training <i>mnemotechnischer Strategien</i> ⁵	X				

Anmerkung: ¹(Brueggen et al., 2017), ²(Cornelis et al., 2018), ³(Spagnolo et al., 2015), ⁴(D'Onofrio et al., 2014), ⁵(Garrido-Pedrosa et al., 2017)

Dicke Kreuze : Interventionsmethode in zwei oder mehr Hauptstudien angewendet

Quelle: Eigene Darstellung

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse und der Einordnung ins OTIPM

Der folgende Abschnitt fasst die wichtigsten Erkenntnisse aus den Ergebnissen der fünf Hauptstudien und der Einordnung ins OTIPM (Tabelle 6) zusammen. In der Tabelle 7 werden diese Ergebnisse der einzelnen Hauptstudien neben der Einordnung der Interventionsansätze dargestellt.

Aus den Ergebnissen der Hauptstudien wird ersichtlich, dass hauptsächlich die kognitive Stimulation positive Ergebnisse auf die Handlungsfähigkeit hat. Auch die Interventionen zur kognitiven Rehabilitation haben teilweise einen positiven Effekt, jedoch sind die Ergebnisse für diesen Interventionsansatz weniger deutlich. Interventionen des kognitiven Trainings zeigten grösstenteils keine Wirkung auf die Handlungsfähigkeit, nur in einer untersuchten Studie wurden gleichbleibende Werte gemessen.

Drei der fünf Hauptstudien weisen eine Interventionsdauer von 6 Monaten oder mehr auf und erlauben somit auch Analysen zur langfristigen Effektivität. Die Studien zeigen jedoch unterschiedliche Ergebnisse. D'Onofrio et al. (2014) weist verbesserte Werte bezüglich der Handlungsfähigkeit auf, während im Review von Garrido-Pedrosa et al. (2017) gleichbleibende Werte gemessen wurden. Die Studie von Cornelis et al. (2018) stellte sogar signifikant verschlechterte Werte fest.

Die Einordnung der Interventionsansätze in die Interventionsmodelle der OTIPM zeigt, dass die kognitive Rehabilitation sehr breit in den verschiedenen Interventionsmodellen des OTIPM zugeordnet sind. Die Interventionen der kognitiven Stimulation sind neben dem mechanischen Üben meistens noch in einem zusätzlichen Interventionsmodell vom OTIPM einzuordnen. Das kognitive Training kann nur dem mechanischen Üben zugeordnet werden.

Tabelle 7

Illustration der Ergebnisse der Hauptstudien mit deren Einordnung im OTIPM

	Mechanisches Üben	Restitutives Modell	Akquisitorisches Modell	Adaptives Modell	Edukatives Modell	Ergebnisse
Kognitive Rehabilitation						
Brueggen et al. (2017)						B-ADL: Nicht signifikant verbesserte Werte in der Interventionsgruppe
	X	X	X	X		NSL-C, NSL-P: In beiden Gruppen nicht signifikant verschlechterte Werte
						In den alltagsbezogenen, kognitiven Fähigkeiten konnten keine signifikanten Werte festgestellt werden.
Cornelis et al. (2018)			X	X	X	ADL- und IADL Skala: Signifikant verschlechterte Werte der alltäglichen Funktionsweise.
						AADL-Tool: Verschlechterte Werte aller Unterskalen
Garrido-Pedrosa et al. (2017)						Gleichbleibende, verbesserte oder signifikant verbesserte ADL-Werte in drei Studien
	X	X	X	X		Leichte Verschlechterung der ADL-Werte in einer Studie

Fortsetzung Tabelle 7

	Mechanisches Üben	Restitutives Modell	Akquisitorisches	Adaptives Modell	Edukatives Modell	Ergebnisse
Kognitive Stimulation						
Spagnolo et al. (2015)	X				X	ADL- und IADL-Skala: Verbesserte, nicht signifikante Werte der ADL- und IADL-Fertigkeiten
D'Onofrio et al. (2014)	X	X				ADL- und IADL-Skala: Signifikant bessere Werte der ADL- und IADL-Fertigkeiten bei der Interventionsgruppe
Garrido-Pedrosa et al. (2017)	X	X			X	Signifikant bessere Werte bei zwei von vier ADL- und IADL-Assessments bei einer Studie Nicht signifikante oder keine Unterschiede bezüglich ADL- und IADL-Fertigkeiten bei den anderen drei Studien
Kognitives Training						
Garrido-Pedrosa et al. (2017)	X					Keine signifikanten Werte der ADL-Fertigkeiten bei zwei Studien (Breuil et al., 1994; Cahn-Weiner et al., 2003) Gleichbleibende ADL-Fertigkeiten der Intervention bei Abnahme der Werte in der Kontrollgruppe (Bergamaschi et al., 2012).

Anmerkung. ADL: Activities of Daily Living, ADL-Skala nach Katz et al. 1963, B-ADL: Bayer Aktivies of Daily Living, COPM: Canadian Occupational Performance Measure, IADL-Skala nach Lawton et al. (1969), NSL-C / NSL-P: Nuremberg Observational Scale-Cargiver / Patient (Oswald et al., 1990)

Quelle: Eigene Darstellung

5 Diskussion

Zur Beantwortung der Forschungsfrage sind einerseits die Effektivität der drei Interventionsansätze (kognitive Rehabilitation, kognitive Stimulation und kognitives Training) und andererseits die langfristige Wirkung zentral. Die Diskussionen zu diesen beiden Aspekten erfolgt in Kapitel 5.1 und 5.2 jeweils in drei Schritten: In einem ersten Schritt werden die Ergebnisse aus den Hauptstudien zusammengetragen, als zweiter Schritt werden Resultate aus zusätzlicher Literatur eingebracht und schlussendlich werden mögliche Ursachen für die Ergebnisse diskutiert.

Neben der Effektivität der Interventionsansätze und deren langfristigen Wirkung ist weiter der Bezug zur Ergotherapie ein wichtiger Aspekt der Forschungsfrage. Im Kapitel 5.3 werden deshalb die Ergebnisse der Einordnung ins OTIPM beurteilt und mit weiterer Literatur diskutiert. Dabei wird analysiert, welche Interventionsmethoden förderlich zur Erhaltung der Handlungsfähigkeit sind und wie die Interventionsmethoden zum ergotherapeutischen Denken von Fisher (2014) passen.

Abschliessend wird in Kapitel 5.4 zusammenfassend die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet.

5.1 Effektivität der Interventionsansätze

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse aus den Hauptstudien für die Interventionsansätze kognitive Rehabilitation, kognitive Stimulation und kognitives Training zusammengetragen und deren Effektivität für die Handlungsfähigkeit mit zusätzlicher Literatur diskutiert. Anschliessend folgt eine Schlussfolgerung der Ergebnisse aller Interventionsansätzen.

5.1.1 Kognitive Rehabilitation

Drei der fünf Hauptstudien untersuchten die Effektivität der kognitiven Rehabilitation auf die Handlungsfähigkeit (Brueggen et al., 2017; Cornelis et al., 2018; Garrido-Pedrosa et al., 2017). Die Studie von Brueggen et al. (2017), sowie drei von vier Studien des Reviews von Garrido-Pedrosa et al. (2017) zeigten gleichbleibende bis teilweise signifikant verbesserte Werte bezüglich der Handlungsfähigkeit. Die Studie von Cornelis et al. (2018) präsentierte hingegen signifikant verschlechterte Werte. Insgesamt zeigten die Hauptstudien also inkonsistente, jedoch mehrheitlich positive Ergebnisse in Bezug auf die Handlungsfähigkeit. Drei der fünf Hauptstudien untersuchten die Effektivität der kognitiven Rehabilitation auf die Handlungsfähigkeit.

Der mehrheitlich positive Effekt der kognitiven Rehabilitation auf die Handlungsfähigkeit von Menschen mit Demenz bestätigt sich neben den Hauptstudien auch in weiteren Studien (Clare et al., 2010; Kelly et al., 2017). Eine weitere Studie stellte jedoch keine Effekte fest (Schiffczyk et al., 2013).

Die Inkonsistenz der Ergebnisse der Hauptstudien kann teilweise mit der unterschiedlichen Interventionsdauer erklärt werden. Die beiden Studien des Reviews, welche eine signifikant verbesserte Handlungsfähigkeit festgestellt hatten, beinhalteten beide lange Einheiten (1,5h – 2h) und dauerten mit fünf Monaten bzw. einem Jahr eher lang (Bottino et al., 2005; Graessel et al., 2011). Jedoch scheint der Zusammenhang zwischen Effektivität und langer Interventionsdauer nicht grundsätzlich zu gelten, denn die Studie von Cornelis et al. (2018) stellte nach einer einjährigen Intervention signifikant verschlechterte Werte fest. Auch das Review von Kasper et al. (2016) konnte keinen direkten Zusammenhang zwischen einer langen Interventionsdauer und besseren Resultaten bezüglich der Handlungsfähigkeit finden. Jedoch wurde in diesem Review eine Korrelation zwischen kurzer Interventionsdauer mit hoher Frequenz und Effektivität festgestellt. Dies könnte eine Erklärung liefern, weshalb Cornelis et al. (2018) verschlechterte Werte mass, denn die Frequenz war in dieser Studie mit maximal einer Einheit alle zwei Wochen eher tief.

In den Interventionen zur kognitiven Rehabilitation wurden jeweils individuelle, betätigungsbasierte Ziele gesetzt und mittels verschiedener Interventionsmethoden verfolgt. Die Individualität und die alltagsnahen Inhalte könnten zu den positiven Ergebnissen beigetragen haben, denn für Interventionen mit Menschen mit Demenz

empfiehlt auch Alzheimer Schweiz (2018a) eine möglichst individuell angepasste und breit abgestützte Methode. In weiterer Literatur wird ausserdem erwähnt, dass den Menschen mit Demenz der Transfer in den Alltag durch Aufgaben erleichtert werden kann, die möglichst individuell und alltagsnah gestaltet sind (Kasper et al., 2016; Werheid & Thoene-Otto, 2006).

5.1.2 Kognitive Stimulation

Drei der fünf Hauptstudien untersuchten die Effektivität der kognitiven Stimulation auf die Handlungsfähigkeit (D'Onofrio et al., 2014; Garrido-Pedrosa et al., 2017; Spagnolo et al., 2015). Insgesamt zeigen alle drei Studien eine Verbesserung von ADL- und IADL-Fertigkeiten. Die Ergebnisse unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Signifikanz. Die Studie von Spagnolo et al. (2015) weist positive, jedoch nicht signifikante Effekte auf. Wohingegen die Studie von D'Onofrio et al. (2014) eine signifikant positive Wirkung bei den ADL- und IADL-Fertigkeiten misst. Das Review von Garrido-Pedrosa et al. (2017) kommt zu dem Schluss, dass kognitive Stimulation die Handlungsfähigkeit fördern könnte.

Aus der zusätzlichen Literatur ergibt sich ein anderes Bild. Weitere Studien zur kognitiven Stimulation zeigen keine signifikante Wirkung bezüglich der Handlungsfähigkeit (Capotosto et al., 2017; Orgeta et al., 2015).

Ein möglicher Grund für die Unterschiede bezüglich der Signifikanz bei den Hauptstudien könnte die ungleiche Interventionsdauer sein. Diese fällt bei D'Onofrio et al. (2014) mit zwei Mal zwei Monaten deutlich länger aus als bei Spagnolo et al. (2015) und Capotosto et al. (2017) mit je sieben Wochen. Bei Orgeta et al. (2015) fallen die Ergebnisse jedoch trotz 25 Wochen nicht signifikant aus. Der Zusammenhang zwischen Interventionsdauer und signifikanter Effektivität ist demnach nicht eindeutig. Auch Garrido-Pedrosa et al. (2017) stellten in ihrem Review kein Zusammenhang zwischen Interventionsdauer und positiven Ergebnissen fest.

Ein weiterer möglicher Grund für die unterschiedlichen Resultate der Hauptstudien ist das Setting der Interventionsdurchführung. In der Studie von Spagnolo et al. (2015) führten Gruppeninterventionen zu nicht signifikanten Ergebnissen. Bei D'Onofrio et al. (2014) fanden Einzelinterventionen statt, wodurch sich ein positiver Einfluss auf die Handlungsfähigkeit zeigte. Diese individuelle Möglichkeit auf Personen einzugehen, könnte sich förderlich auf die Fertigkeiten der Teilnehmenden ausgewirkt haben. Bei weiteren Studien zur kognitiven Stimulation fanden die Interventionen ausschliesslich in

Gruppentherapien statt. Sie zeigten keinen Einfluss auf die Handlungsfähigkeit (Capotosto et al., 2017; Orgeta et al., 2015). Daraus lässt sich schliessen, dass eine Interventionsdurchführung in individuellen Einzeltherapien ein möglicher Faktor ist, der zum Erfolg der Intervention beiträgt.

5.1.3 Kognitives Training

Das kognitive Training wird nur im Review von Garrido-Pedrosa et al. (2017) untersucht. Das Review stellt keine Effektivität des isolierten kognitiven Trainings auf die Handlungsfähigkeit fest. Es zeigt sich aber, dass kognitives Training in Kombination mit anderen Interventionsmethoden zu erhaltenden oder verbesserten ADL-Fertigkeiten führen kann. In der Studie von Brueggen et al. (2017) erhielt die Kontrollgruppe standardisiertes kognitives Training. Die Kontrollgruppe zeigte nach der Intervention jedoch leicht schlechtere Werte als die Interventionsgruppe, was die Aussage von Garrido-Pedrosa et al. (2017) stützt, dass isoliertes kognitives Training keine Effekte zeigt. Ausserhalb dieser Hauptstudien wurden keine weiteren Studien gefunden, bei der kognitives Training und die Handlungsfähigkeit untersuchte.

Die eher schlechten Ergebnisse von isoliertem, kognitiven Training könnten mit der fehlenden Individualität begründet werden. Das kognitive Training wird mittels standardisierter Aufgaben durchgeführt, dadurch sind diese Aufgaben nicht individuell angepasst. Es kann also sein, dass diese gar nicht die Funktionen trainieren, die die Menschen mit Demenz am meisten brauchen würden. Für Menschen mit Demenz wird in verschiedenen Quellen eine möglichst individuelle und alltagsnahe Methode empfohlen (Alzheimer Schweiz, 2018a; Kasper et al., 2016; Werheid & Thoene-Otto, 2006). Dies könnte auch die Erfolge des kognitiven Trainings, die in Kombination mit anderen Interventionsmethoden gemessen werden konnten, erklären (Garrido-Pedrosa et al., 2017).

5.1.4 Zusammenfassung

Insgesamt waren die Ergebnisse bezüglich der kognitiven Interventionen zur Effektivität der Handlungsfähigkeit inkonsistent. Durch die zusätzliche Literatur konnte die Effektivität der kognitiven Rehabilitation untermauert werden, während die zusätzliche Literatur bei der kognitiven Stimulation keinen Effekt bezüglich der Handlungsfähigkeit mass. Auch beim kognitiven Training zeigt sich keinen Einfluss auf die ADL- und IADL-Fertigkeiten. Aus der Diskussion ergaben sich mögliche Faktoren, welche ein positives Ergebnis

zusätzlich beeinflussen könnten. Diese sind eine individuelle Interventionsdurchführung und eine hohe Frequenz an Interventionseinheiten.

5.2 Langfristige Erhaltung der Handlungsfähigkeit

Der degenerative Verlauf der Krankheit schränkt Menschen mit Demenz zunehmend in ihrer Handlungsfähigkeit ein. Im theoretischen Hintergrund ist beschrieben, dass bei Menschen mit Demenz aus diesem Grund die Erhaltung der Fertigkeiten zentral ist. Deswegen interessiert neben der allgemeinen Effektivität der Interventionsansätze auch, ob durch kognitive Interventionen eine langfristige Erhaltung der Handlungsfähigkeit bei fortlaufender Intervention möglich ist. Studien, welche zu den Ein- und Ausschlusskriterien passen und eine lange Interventionsdauer aufweisen sind begrenzt. In die vorliegende Arbeit konnten drei Hauptstudien integriert werden, welche eine Interventionsdauer von sechs Monaten und mehr aufweisen. Anhand der Ergebnisse dieser Studien und zusätzlicher Literatur wird die langfristige Erhaltung der Handlungsfähigkeit nun diskutiert.

In den Hauptstudien zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse bezüglich der langfristigen Handlungsfähigkeit. D'Onofrio et al. (2014) konnten nach sechsmonatiger Intervention (inkl. zweimonatigem Unterbruch) eine Erhaltung der ADL- und IADL-Fertigkeiten messen. Die Studien des Reviews von Garrido-Pedrosa et al. (2017) mit den längsten Interventionsdauern zeigten beide nach einem Jahr eine Erhaltung der ADL-Fertigkeiten bei den Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe (Bergamaschi et al., 2012; Graessel et al., 2011). Nur die Studie von Cornelis et al. (2018) weist nach einer einjährigen Intervention durch kognitive Rehabilitation eine signifikante Verschlechterung der ADL- und IADL-Fertigkeiten auf. Das Ergebnis dieser Studie beruht auf dem Vergleich der Messung vor und nach der Intervention. Aufgrund des degenerativen Verlaufs könnte sich die Effektivität einer Intervention auch an einer Verlangsamung der Abnahme der Handlungsfähigkeit zeigen. Wegen der fehlenden Kontrollgruppe wäre eine solche Effektivität in der Studie von Cornelis et al. (2018) jedoch nicht ersichtlich.

Die Ergebnisse aus den Hauptstudien, welche aussagen, dass die Handlungsfähigkeit erhalten bleiben kann, wird durch eine zusätzliche Studie widerlegt. Orrell et al. (2014) stellte nach sechs Monaten Intervention durch kognitive Stimulation keine besseren ADL-Fertigkeiten bei der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe fest.

Ein möglicher Grund für die inkonsistenten Ergebnisse ist schwer auszumachen. Mehrere Studien geben an, dass der Effekt von Interventionen im frühen Stadium der Demenz

besser (Kasper et al., 2016; Werheid & Thoene-Otto, 2006). Bei den diskutierten Hauptstudien und der Studie von Orrell et al. (2014) können die Verfasserinnen keine Korrelation diesbezüglich feststellen. Jedoch wiesen keine Teilnehmenden der Hauptstudien MMSE-Werte unter 15 Punkten auf. Eine Verlangsamung der abnehmenden Handlungsfähigkeit bei bereits weiter fortgeschrittener Kognitionseinschränkung ist allenfalls schlechter möglich.

Die Ergebnisse der Studien sind zwar inkonsistent, die Verfasserinnen schliessen dennoch, dass eine Verlangsamung der abnehmenden Handlungsfähigkeit durch kognitive Stimulation und kognitive Rehabilitation möglich ist. In Studien bei denen kognitive Rehabilitation oder kognitive Stimulation angewandt wurde, konnte teilweise eine verlangsamte Abnahme der Handlungsfähigkeit festgestellt werden. Unklar ist jedoch, ob dies über einen noch längeren Zeitraum als sechs bis zwölf Monate möglich ist.

5.3 Effektivität nach OTIPM

Anschliessend wird die Einordnung der kognitiven Interventionsmethoden ins OTIPM (Fisher, 2014) analysiert (siehe Tabelle 6). Einerseits werden die einzelnen Interventionsansätze im aktuellen ergotherapeutischen Paradigma verortet und deren Effektivität anhand des ergotherapeutischen Vorgehens diskutiert. Andererseits werden mögliche Faktoren besprochen und mit Evidenz aus zusätzlicher Literatur diskutiert, welche die Handlungsfähigkeit positiv beeinflussen.

5.3.1 Kognitive Interventionen in der Ergotherapie nach Fisher (2014)

Das OTIPM entspricht in seiner Denkweise den Grundsätzen ergotherapeutischen Handelns und gewährleistet betätigungsbasierte sowie klient*innenzentrierte Interventionen (Fisher, 2014). Wie in der Tabelle 7 ersichtlich, liegen Interventionen, die dem mechanischen Üben zugehören, keine Förderung einer Betätigung zugrunde. Sie gehören gemäss Fisher (2014) nicht in das ergotherapeutische Vorgehen. Nur die Interventionsmethoden der kognitiven Rehabilitation befinden sich alle in den vier Interventionsmodellen des OTIPM. Ihnen liegt die Förderung einer individuellen Betätigung zu Grunde, die durch Formulieren von individuellen Zielen mit den Klient*innen definiert wurden. Demzufolge sind die Interventionen der kognitiven Rehabilitation betätigungsbasiert und klient*innenzentriert. Gemäss Kielhofner et al. (2009) gehört die Betätigungsbasierung, Klient*innenzentrierung neben der Evidenzbasierung zu den Kernkonzepten des zeitgenössischen, ergotherapeutischen Paradigmas. Demnach

passen die Interventionsmethoden aus den Hauptstudien zur kognitiven Rehabilitation zum zeitgenössischen Paradigma.

5.3.2 Kognitive Interventionsmethoden zur Förderung der Handlungsfähigkeit

Aus der Einordnung ins OTIPM (Tabelle 6) wird ersichtlich, dass rein mechanisches Üben zur Förderung der Handlungsfähigkeit wenig sinnvoll ist. Jedoch zeigt sich eine Korrelation zwischen einer kombinierten Anwendung von Interventionsmethoden, welche jeweils verschiedenen Interventionsmodellen zugeordnet sind, und der Effektivität bezüglich der Handlungsfähigkeit. Ein Grossteil der Hauptstudien zur kognitiven Rehabilitation und zur kognitiven Stimulation, welche jeweils mehrere Interventionsmethoden kombinierten, zeigten gleichbleibende oder verbesserte Werte (Brueggen et al., 2017; D'Onofrio et al., 2014; Garrido-Pedrosa et al., 2017; Spagnolo et al., 2015).

Auch Werheid und Thöne-Ott (2006) kamen zum Schluss, dass isoliertes kognitives Training keine Effekte bezüglich der Handlungsfähigkeit bewirkt. Sie stellten fest, dass es Menschen mit Demenz schwerfällt, durch reines Training der Funktionen einen Übertrag in den Alltag herzustellen. Alzheimer Schweiz (2018a) empfiehlt bei Interventionen für Menschen mit Demenz die beeinträchtigten kognitiven Funktionen auf vielfältige Weise zu fördern. Eine Intervention mit einer Kombination verschiedener Interventionsmethoden wird auch durch andere Literatur als sinnvoll erachtet, um die Handlungsfähigkeit zu fördern (Gitlin et al., 2005; Graff et al., 2006; Kasper et al., 2016). Weiter wird der Einbezug und die Schulung von Angehörigen besonders hervorgehoben (Alzheimer Schweiz, 2018a; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2018; Werheid et al., 2006). Neben dem Einbezug der Angehörigen werden auch kompensatorische Massnahmen bei Menschen mit Demenz als sinnvoll erachtet (Gitlin et al., 2005; Graff et al., 2006; Kasper et al., 2016; Werheid et al., 2006).

Die Literatur stützt demzufolge die Anwendung vielseitiger Interventionsmethoden zur Förderung der Handlungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz, wie dies bei der kognitiven Rehabilitation gehandhabt wird. Zusätzlich ergibt sich, dass besonders auch der Einsatz von kompensatorischen Methoden und die Schulung von Angehörigen wichtig sind.

5.4 Beantwortung der Fragestellung

Um die Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten, wurde sie in zwei Teile aufgeteilt: Einerseits wird auf die Effektivität und die langfristige Erhaltung der kognitiven Interventionen eingegangen, andererseits werden die Interventionen ins OTIPM

eingeordnet, um eine Aussage zur Anwendbarkeit in der ergotherapeutischen Praxis tätigen zu können.

Mit wenigen Ausnahmen konnten alle untersuchten Studien zur kognitiven Stimulation und zur kognitiven Rehabilitation verbesserte oder gleichgebliebene Werte der Handlungsfähigkeit nach der Intervention feststellen. Beim kognitiven Training konnte nur dann einen positiven Effekt festgestellt werden, wenn das isolierte Training kognitiver Funktionen mit anderen Interventionsmethoden kombiniert wurde. Weitere Literatur untermauerte die Effektivität der kognitiven Rehabilitation auf die Handlungsfähigkeit, jedoch nicht diejenigen der kognitiven Stimulation, weshalb die in den Hauptstudien gefundenen Effekte relativiert werden müssen.

Die langfristige Erhaltung der drei kognitiven Interventionen ist anhand der untersuchten Studien schwierig zu beurteilen. Die Ergebnisse der Hauptstudien sowie der beigezogenen Literatur könnten einen Hinweis auf eine Verlangsamung der abnehmenden Funktionen sein. Es ist jedoch unklar, inwiefern diese Wirkung nach der Interventionsdauer anhält.

Kognitive Interventionen können also einen positiven Effekt auf die langfristige Handlungsfähigkeit haben. Weitere mögliche Faktoren, die einen positiven Einfluss auf die Effektivität der Intervention haben könnten, sind die Kombination von verschiedenen Interventionsmethoden, ein individuelles Eingehen auf die Anliegen der Menschen mit Demenz und eine hohe Frequenz an Interventionseinheiten.

Durch die Einordnung der Interventionsansätze ins OTIPM zeigt sich, dass die kognitive Rehabilitation am besten zur ergotherapeutischen Vorgehensweise nach Fisher (2014) passt. Da die Interventionsmethode betätigungsbasiert und klient*innenzentriert ist, entspricht sie dem zeitgemässen Paradigma.

Zusammenfassend kann auf die Frage nach der Effektivität von kognitiven Interventionen auf die Handlungsfähigkeit vor allem die kognitive Rehabilitation erwähnt werden. Diese zeigt basierend auf der Evidenz der Hauptstudien über eine Interventionsdauer von bis zu einem Jahr positive Effekte auf die Handlungsfähigkeit und ist für die Anwendung in der Ergotherapie nach dem OTIPM durchaus gerechtfertigt.

6 Schlussfolgerung

In der Schlussfolgerung werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst, um anschliessend einen Theorie-Praxis-Transfer herzustellen. Es folgen abschliessend die Limitationen dieser Arbeit und weiterführende Überlegungen.

6.1 Fazit

Das Ziel dieser Arbeit war es, anhand einer Literatursuche drei verschiedene kognitive Interventionsansätze zu vergleichen und deren Anwendung in der Ergotherapie zu untersuchen. Vier quantitative Studien und ein Review wurden dazu analysiert und kritisch beurteilt.

Die Effektivität bezüglich der Handlungsfähigkeit ist hauptsächlich bei Interventionen der kognitiven Rehabilitation gegeben: Einerseits beschreiben die Ergebnisse der Hauptstudien die evidenzbasierte Effektivität und andererseits passt das betätigungsbasierte und klient*innenzentrierte Vorgehen zum OTIPM nach Fisher (2014). Die Effektivität der kognitiven Stimulation wird in der Literatur hingegen unterschiedlich beurteilt. Beim kognitiven Training deuten weder die Ergebnisse der Studien auf eine Effektivität hin, noch passt der Interventionsansatz zum ergotherapeutischen Denken nach Fisher (2014).

Die untersuchten Studien zeigten, dass mit kognitiver Rehabilitation eine verlangsamte Abnahme der Handlungsfähigkeit erzielt werden konnte (Garrido-Pedrosa et al., 2017). Dieses Ergebnis ist aber in zwei Hinsichten zu relativieren. Einerseits liegt der maximal untersuchte Zeitraum in den Hauptstudien bei einem Jahr und andererseits sind die Ergebnisse in der Literatur teilweise inkonsistent.

6.2 Theorie-Praxis Transfer

Dieser Abschnitt zeigt auf, welche kognitiven Ansätze bereits Verwendung in der ergotherapeutischen Praxis finden und wie die kognitiven Interventionen zum ergotherapeutischen Denken passen. Ausserdem soll aufgezeigt werden, inwiefern sich die Erkenntnisse dieser Arbeit in der ergotherapeutischen Praxis der Schweiz umsetzen lassen.

6.2.1 Kognitive Interventionen in die Schweiz

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stammen grösstenteils aus Studien, welche in mit der Schweiz vergleichbaren Ländern durchgeführt wurden. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse auf das Gesundheitssystem der Schweiz übertragbar. Wie schon in der Einleitung erwähnt, ist in Zukunft mit einem massiven Anstieg der Anzahl Menschen mit Demenz zu rechnen. Aus diesem Grund werden vom Bund Strategien entwickelt, welche dem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf gerecht werden sollen. Ende 2019 wurde vom Bund die nationale Plattform Demenz lanciert (Bundesamt für Gesundheit, 2019a). Diese basiert auf der Grundlage der nationalen Demenzstrategie (2016). Im Zuge dieser soll die Versorgung von Betroffenen direkt nach der Diagnose durch ein Care-Management gewährleistet werden. Die Beratung und der Einbezug von Angehörigen in die Therapie, sowie eine fachübergreifende Betreuung werden, neben anderen Punkten, als zentral angesehen

Die kognitive Rehabilitation, welche laut der Analyse dieser Arbeit die besten Resultate bezüglich der Handlungsfähigkeit erzielte, deckt sich gut mit diesen zwei Punkten der nationalen Plattform Demenz. Denn auch in der kognitiven Rehabilitation ist der Einbezug oder die Schulung von Angehörigen, sowie die Multidimensionalität wichtig.

6.2.2 Vorkommen kognitiver Interventionen in der ergotherapeutischen Praxis

In der Diskussion zeigte sich deutlich, dass die kognitive Rehabilitation die meisten Gemeinsamkeiten mit der Ergotherapie und auch die beste Effektivität der drei überprüften Interventionsansätzen aufzeigt.

Den Verfasserinnen ist aus eigenen Erfahrungen bekannt, dass in der ergotherapeutischen Praxis kognitive Interventionen zum Einsatz kommen. Der Gebrauch eines Programms nach dem Ansatz der kognitiven Rehabilitation ist den Verfasserinnen nicht bekannt. Es werden jedoch durchaus Massnahmen, wie die Schulung der Angehörigen und kompensatorische Massnahmen bei Menschen mit Demenz, empfohlen (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, 2020). Diese entsprechen den Komponenten der kognitiven Rehabilitation. Sie werden aber nicht als solche definiert. In der Ergotherapie werden diese Interventionsmethoden nach dem Ermessen der Therapeut*innen eingesetzt, wogegen sie in der kognitiven Rehabilitation Teil eines Multikomponenten-Programms sind und meistens noch mit dem Training von spezifischen Funktionen verknüpft werden.

Gerade diese Vielseitigkeit hat sich in dieser Arbeit als förderlicher Faktor zur Effektivität herausgestellt. Aus diesem Grund wäre laut den Verfasserinnen empfehlenswert, dass sich solche Programme auch in der Schweiz etablieren.

6.2.3 Mögliche Implikationen

Ergotherapie wird heutzutage hauptsächlich in Spitälern oder Rehakliniken und vereinzelt auch in Alters- und Pflegeheimen angeboten. Um die kognitive Rehabilitation in das Gesundheitssystem der Schweiz zu integrieren, stellen sich die Verfasserinnen ein zusätzliches Angebot für die Behandlung von Menschen mit Demenz vor, welches die vorgeschlagenen Faktoren dieser Arbeit umfasst. In Zusammenarbeit mit dem von der Demenzstrategie vorgesehenen, persönlichen Care-Management könnte die Versorgung sofort ab der Diagnose sichergestellt werden. Da durch die kognitive Rehabilitation die Handlungsfähigkeit gefördert werden kann, könnte dies dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz länger zu Hause leben können.

Die isolierte Anwendung von kognitiver Stimulation oder kognitivem Training in der Ergotherapie wird von den Verfasserinnen nicht empfohlen. Falls dennoch der Wunsch danach vorhanden sein sollte, müssten sie in Kombination mit Interventionsmethoden des adaptiven oder des edukativen Interventionsmodells nach OTIPM angewendet werden.

6.3 Kritische Beurteilung dieser Arbeit

Im Folgenden werden die Limitationen dieser Arbeit aus Sicht der Verfasserinnen beschrieben. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich aus den nachfolgend erklärten Gründen eingeschränkt generalisieren und übertragen.

Für die Recherche der Literatur stand ein begrenzter Zeitraum zwischen September 2019 und Januar 2020 zur Verfügung. Neuere Literatur wurde deshalb nicht mehr berücksichtigt. Zudem mussten sich die Verfasserinnen auf eine begrenzte Anzahl an Hauptstudien einschränken. Die Vollständigkeit der Ergebnisse kann deshalb nicht gewährleistet werden.

Bei der Literaturrecherche kam es mit den ursprünglichen Einschlusskriterien zu vielen passenden Treffern. Dabei war der Interventionsansatz der kognitiven Rehabilitation im hohen Masse vertreten. Studien der Interventionsansätze der kognitiven Stimulation und des kognitiven Trainings entsprachen weniger den Einschlusskriterien. Um alle drei Ansätze der kognitiven Interventionen in der Arbeit vertreten zu haben, wurde das

Kriterium bezüglich der Demenzformen angepasst. So wurden zusätzlich Studien miteinbezogen, welche in der Stichprobe nicht nur Menschen mit milder bis moderater Demenz, sondern auch MCI berücksichtigen. Aufgrund der heterogenen Stichproben und der Vielseitigkeit der Demenz lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht auf alle Menschen mit milder bis moderater Demenz übertragen.

Die verwendeten Hauptstudien weisen grosse inhaltliche Unterschiede auf. So ist nicht nur die Population der Hauptstudien divers, sondern auch die Anzahl der Interventionen oder die Art der Messinstrumente. Weiter weisen die Hauptstudien mehrheitlich kleine Stichprobengrößen auf, was die Verallgemeinerung der Ergebnisse zusätzlich erschwert. Ausserdem fehlen bei zwei Hauptstudien Kontrollgruppen. Dies schränkt die möglichen Aussagen zur Kausalität ein.

Die kurzen Interventionsdauern der Hauptstudien sagen wenig über die Langzeitwirkung der Interventionen aus. Da die Demenz einen degenerativen Verlauf aufweist, sind die positiven Ergebnisse somit nur bedingt aussagekräftig.

Zur langfristigen Wirkung über den Interventionszeitraum hinaus können keine Aussagen gemacht werden. Keine der Hauptstudien hat Folgemessung nach einem längeren Unterbruch durchgeführt. Deshalb können zur langfristigen Wirkung über den Interventionszeitraum hinaus keine Aussagen gemacht werden. Die Aussage beschränken sich auf die langfristige Effektivität bei fortlaufender Interventionsdurchführung.

Den Verfasserinnen war es zudem aus zeitlichen Gründen nicht möglich, die zusätzlichen Studien aus der Einleitung und der Diskussion auf die Gütekriterien zu prüfen. Ausserdem konnte aufgrund der beschränkter Wortzahl einige Punkte der Arbeit nur im geringen Mass diskutiert werden.

6.4 Weiterführende Überlegungen

In der vorliegenden Arbeit wurde die Effektivität von drei kognitiven Interventionsansätzen diskutiert und mögliche förderliche Faktoren herausgearbeitet. Es zeigte sich, dass insbesondere die kognitive Rehabilitation eine positive Wirkung auf die Handlungsfähigkeit haben kann. Bezüglich der konkreten Interventionsmethoden konnte festgestellt werden, dass eine Kombination verschiedener Interventionsmethoden, wie die Schulung der Angehörigen oder kompensatorische Methoden wichtig zu sein scheinen. Nun wäre für Ergotherapeut*innen interessant zu erfahren, wie genau und in welchem Setting diese Interventionen durchgeführt werden können. Dazu wäre weitere Forschung in diesen

Bereichen nötig, wobei die Verfasserinnen auch qualitative Literatur einbeziehen würden. Wie in der kritischen Beurteilung beschrieben, sind die integrierten Studien teilweise von niedriger Güte. Untersuchungen im Bereich der kognitiven Interventionen sollten für eine gute Aussagekraft auf einem hohen Evidenzniveau basieren, wie z.B. RCTs. Weiter wäre Forschung zur langfristigen Effektivität notwendig. Wichtig ist dabei, dass die Studien aufgrund des degenerativen Verlaufs der Demenz mit einer Kontrollgruppe durchgeführt werden. Zudem wäre die Berücksichtigung von Manualen zur einheitlichen Interventionsdurchführung wichtig, um die Vergleichbarkeit der Studien zu verbessern. Auch Studien, die gezielt die ergotherapeutische Arbeit in der Schweiz thematisiert, sind wünschenswert.

Literaturverzeichnis

- Alzheimer Schweiz. (2018a). *Demenz—Diagnose, Behandlung und Betreuung*. Alzheimer Schweiz. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Diagnose-Behandlung/159_D_Diagnose_2018_web.pdf
- Alzheimer Schweiz. (2018b). *Was ist Demenz?* Alzheimer Schweiz. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/was-ist-demenz/>
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 19–21. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Bergamaschi, S., Arcara, G., Calza, A., Villani, D., Orgeta, V., & Mondini, S. (2012). One-year repeated cycles of cognitive training (CT) for Alzheimer's disease. *Aging Clinical and Experimental Research*, 25, 421–426. <https://doi.org/10.1007/s40520-013-0065-2>
- Bottino, C. M., Carvalho, I. A., Alvarez, A. M. M., Avila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S. E., Andrade, F. C., Hototian, S. R., Saffi, F., & Camargo, C. H. (2005). Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: A pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 861–869. <https://doi.org/10.1191/0269215505cr911oa>
- Brueggen, K., Kasper, E., Ochmann, S., Pfaff, H., Webel, S., Schneider, W., & Teipel, S. (2017). Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 57(4), 1315–1324. <https://doi.org/10.3233/JAD-160771>

Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Nationale Demenzstrategie 2014–2019*. Bundesamt Für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-im-bereich-demenz/nationale-demenzstrategie-2014-2019.html>

Bundesamt für Gesundheit. (2019a). *Bund und Kantone lancieren eine Nationale Plattform Demenz*. Bundesamt Für Gesundheit BAG. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-76802.html>

Bundesamt für Gesundheit. (2019b). *Demenz*. Bundesamt für Gesundheit BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/demenz.html>

Bundesamt für Statistik. (2019). *Bestand und Entwicklung der Bevölkerung der Schweiz: Definitive Ergebnisse 2018*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.9447644.html>

Busch, N. (2016). *Klare Empfehlung für Ergotherapie bei Demenz*. Forum für Ergotherapie bei Demenz. <https://www.ebede.net/blog/beruf-und-politik/413-klare-empfehlung-fuer-ergotherapie-bei-demenz>

Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., Salvalaio, E., Pradelli, S., & Borella, E. (2017). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: Its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 331–340. <https://doi.org/10.1002/gps.4521>

- Christiansen, C. H., Bass-Haugen, J., & Baum, C. M. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.). Slack Incorporated.
- Clare, L., Linden, D. E. J., Woods, R. T., Whitaker, R., Evans, S. J., Parkinson, C. H., van Paasschen, J., Nelis, S. M., Hoare, Z., Yuen, K. S. L., & Rugg, M. D. (2010). Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease: A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 928–939.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d5792a>
- Cornelis, E., Gorus, E., Beyer, I., Van Puyvelde, K., Lieten, S., Versijpt, J., Vande Walle, N., Aerts, G., De Roover, K., & De Vriendt, P. (2018). A retrospective study of a multicomponent rehabilitation programme for community-dwelling persons with dementia and their caregivers. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 5–14. <https://doi.org/10.1177/0308022617728680>
- De Vriendt, P., Gorus, E., Cornelis, E., Bautmans, I., Petrovic, M., & Mets, T. (2013). The advanced activities of daily living: A tool allowing the evaluation of subtle functional decline in mild cognitive impairment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(1), 64–71. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0381-9>
- Deutsche Gesellschaft für Psychische Forschung, & Deutsche Gesellschaft für Neurologie. (2016). *S3-Leitlinie Demenzen*. Deutsche Gesellschaft für Neurologie.
https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf
- Dilling, H., & Schulte-Markwort, E. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (Weltgesundheitsorganisation, Ed.; 9th ed.). Huber.

- D'Onofrio, G., Sancarlo, D., Addante, F., Ciccone, F., Cascavilla, L., Paris, F., Elia, A. C., Nuzzaci, C., Picoco, M., Greco, A., Panza, F., & Pilotto, A. (2014). A pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive stimulation in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(9), 965–975.
<https://doi.org/10.1002/gps.4247>
- Ecoplan. (2019). *Alzheimer Schweiz Demenzkostenstudie 2019: Gesellschaftliche Perspektive*. Alzheimer Schweiz. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Dokumente/Ueber_Demenz/Zahlen-Fakten/Demenzkostenstudie_2019_Gesellschaftliche_Perspektive.pdf
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2020). *Ergotherapie bei älteren Menschen*. ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. <https://www.ergotherapie.ch/index-de.php?frameset=505&pagenum=0>
- Fisher, A. G. (2014). *Occupational therapy intervention process model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Trans.; 1st ed.). Schulz-Kirchner.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gallucci, M., Mariotti, E., Saragatti, D., Stecca, T., Oddo, M. G., Bergamelli, C., Boldrini, P., Mazzucco, S., Ongaro, F., Mecocci, P., Di Paolo, F., Bendini, M., Forloni, G. L., Albani, D., Antuono, P., Caberlotto, L., Zanardo, A., Siculi, M., Gajo, G. B., ... Buscato, G. (2012). The Treviso Dementia (TREDEM) study: A Biomedical,

Neuroradiological, Neuropsychological and Social Investigation of Dementia in North-Eastern Italy. *The Journal of Frailty & Aging*, 1, 24–31.

<https://doi.org/10.14283/jfa.2012.5>

Garrido-Pedrosa, J., Sala, I., & Obradors, N. (2017). Effectiveness of cognition-focused interventions in activities of daily living performance in people with dementia: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(7), 397–408.

<https://doi.org/10.1177/0308022617698166>

Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Dennis, M. P., & Winter, L. (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *The Journals of Gerontology, Series A*, 60(3), 368–374. <https://doi.org/10.1093/gerona/60.3.368>

Graessel, E., Stemmer, R., Eichenseer, B., Pickel, S., Donath, C., Kornhuber, J., & Luttenberger, K. (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: A 12-month randomized, controlled trial. *BMC Medicine*, 9(129), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-129>

Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W., & Rikkert, M. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *BMJ*, 333(7580), 1196–1199. <https://doi.org/10.1136/bmj.39001.688843.BE>

Gutzwiller, F., & Groth, H. (2011). Demenz als Herausforderung für Gesellschaft und Gesundheitssysteme: Ein globaler Überblick mit Schweizer Perspektiven. In C. L. Bassetti, P. Calabrese, & F. Gutzwiller (Eds.), *Demenz. Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Eine Schweizer Perspektive*. (pp. 17–29).

<http://www.zora.uzh.ch/50782>

- Hindmarch, I., Lehfeld, H., De Jongh, P., & Erzigkeit, H. (1998). The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9(2), 20–26. <https://doi.org/10.1159/000051195>
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1982). A New Clinical Scale for the Staging of Dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 140(6), 566–572. <https://doi.org/10.1192/bjp.140.6.566>
- Kasper, E., Thöne-Otto, A., Bürger, K., Schröder, S. G., Hoffmann, W., Schneider, W., & Teipel, S. (2016). Kognitive Rehabilitation bei Alzheimer-Krankheit im Frühstadium. *Der Nervenarzt*, 87(7), 708–718. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4426-2>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Kelly, M. E., Lawlor, B. A., Coen, R. F., Robertson, I. H., & Brennan, S. (2017). Cognitive rehabilitation for early stage Alzheimer’s disease: A pilot study with an Irish population. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 36(02), 105–119. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.23>
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed.). F.A. Davis Company. <http://site.ebrary.com/id/10350316>
- Kim, S. (2015). Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer’s disease. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(2), 543–546. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.543>

- Korczak, D., Habermann, C., & Braz, S. (2013). Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. *Health Technology Assessment*, 129, 1–103.
<https://doi.org/10.3205/hta000115L>
- Krämer, G., & Förstl, H. (2008). *Alzheimer und andere Demenzformen: Antworten auf die häufigsten Fragen* (5th ed.). TRIAS.
- Law, M., Pollock, N., Stewart, D., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. SRS McMaster University.
<https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Critical-Review-Form-Quantitative-Studies-German.pdf>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179–186.
https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Marx, L. (2006). Lebensräume schaffen für demenzkranke Menschen. In H. Aldebert (Ed.), *Demenz verändert: Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten* (1st ed.). EB.
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M.-T., & Somazzi, M. (2009). *Handlungsorientierte Ergotherapie: Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis* (1st ed.). Hans Huber.
- Orgeta, V., Leung, P., Yates, L., Kang, S., Hoare, Z., Henderson, C., Whitaker, C., Burns, A., Knapp, M., Leroi, I., Moniz-Cook, E., Pearson, S., Simpson, S., Spector, A., Roberts, S., Russell, I., De Waal, H., Woods, R., & Orrell, M. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: A clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 19(64). <https://doi.org/10.3310/hta19640>

- Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R. T., Streater, A., Donovan, H., Hoe, J., Knapp, M., Whitaker, C., & Russell, I. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: Single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 204(6), 454–461.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.137414>
- Oswald, W. D., Adler, C., Rupprecht, R., Bayer-Feldmann, C., & Barth, P. (1990). Subjektive Alternssymptome als Indikator für hirnorganische Psychosyndrome—Die Entwicklung der Nürnberger-Selbsteinschätzungs-Liste (NSL). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 249–264. [https://doi.org/10.1016/0167-4943\(89\)90021-6](https://doi.org/10.1016/0167-4943(89)90021-6)
- Oxman, A. D., Cook, D. J., Guyatt, G. H., Batt, E., Brill-Edwards, P., Browman, G., Detsky, A., Farkouh, M., Gerstein, H., Haines, T., Hayward, B., Holbrook, A., Jaeschke, R., Juniper, E., Laupacis, A., Lee, H., Levine, M., Moyer, V., Naylor, D., ... Wilson, M. (1994). Users' Guides to the Medical Literature: VI. How to Use an Overview. *JAMA*, 272(17), 1367–1371. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520170077040>
- Phinney, A., Chaudhury, H., & O'Connor, D. L. (2007). Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia. *Aging & Mental Health*, 11(4), 384–393. <https://doi.org/10.1080/13607860601086470>
- Pimouguet, C., Goff, M., Wittwer, J., Dartigues, J.-F., & Helmer, C. (2016). Benefits of Occupational Therapy in Dementia Patients: Findings from a Real-World Observational Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56, 1–9.
<https://doi.org/10.3233/JAD-160820>

- Pro Senectute Schweiz. (2020). *Demenz, Alzheimer und Vergesslichkeit*. Pro Senectute Schweiz. <https://www.prosenectute.ch/de/ratgeber/gesundheit/krankheiten/demenz-alzheimer-vergesslichkeit.html>
- Pschyrembel. (2018). *Demenz*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Demenz/K05MH>
- Schaade, G. (2005). Demenzerkrankungen und ihre ergotherapeutische Behandlung. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Eds.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (pp. 267–288). Thieme.
- Scheepers, C. (2007). *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln; Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung* (3rd ed.). Thieme.
- Schiffczyk, S., Schiffczyk, C., Romero, B., Jonas, C., Lahmeyer, C., Müller, F., & Riepe, M. W. (2013). Efficacy of Short-Term Inpatient Rehabilitation for Dementia Patients and Caregivers: Prospective Cohort Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 35(5–6), 300–312. <https://doi.org/10.1159/000348357>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Ed.). (2018). *Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz*. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Spagnolo, P., Aricò, M., Bergamelli, C., Mazzucco, S., Boldrini, P., Di Giorgi, E., & Gallucci, M. (2015). A pilot study on behavioral and cognitive effects of Cognitive Stimulation Training based on 3R Mental Stimulation. The Treviso Dementia (TREDem) Study. *NeuroRehabilitation*, 36(1), 151–156. <https://doi.org/10.3233/NRE-141202>
- Spector, A., & Müller-Hergl, C. (2012). *Kognitive Anregung (CST) für Menschen mit Demenz: Evidenzbasiertes Praxis- und Gruppenhandbuch* (1st ed.). Huber.
- Thea Kirsch, Chantal Limacher

Werheid, K., & Thoene-Otto, A. (2006). Kognitives Training bei Alzheimer-Demenz. *Der Nervenarzt*, 77, 549–557. <https://doi.org/10.1007/s00115-005-1998-2>

Zusatzverzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der Inhalte der drei kognitiven Ansätze.....	14
Tabelle 2: Illustration der Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherch.....	19
Tabelle 3: Übersicht über die Hauptstudien 1 und 2.....	30
Tabelle 4: Übersicht über die Hauptstudien 3 und 4.....	38
Tabelle 5: Übersicht über die Hauptstudie 5.....	43
Tabelle 6: Übersicht über die Einordnung der Interventionsmethoden im OTIPM.....	45
Tabelle 7: Illustration der Ergebnisse der Hauptstudien mit deren Einordnung im OTIPM ..	48

Abkürzungsverzeichnis

AADL	Advanced Activities of Daily Living
ADL	Activities of Daily Living
AMED	Allied an Complementary Medicine Database
B-ADL (Assessement)	Bayer Activities of Daily LBetiving
CASP	Critical Appraisals Skills Programme
CDR	Clinical Dementia Rating
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CORDIAL Manual	Cognitive Rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
Et al.	Et alteri

IADL	Instrumental Activity of Daily Living
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
MCI	Mild Cognitive Impairment
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMSE / MMST	Mini-Mental-Status-Examination
NIHDI	National Institut for Health and Disability
NSL-P	Nuremberg Aging Observation Scale Patient
NSL-C	Nuremberg Aging Observation Scale Caregiver
OTDBase	Occupational Therapy Journal Literature Search Service
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
OTseeker	Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence
PsychInfo	Bibliografische Datenbank der American Psychological Association
Pubmed	Public Medicine
RCT	Randomized controlled trial
ROT	Realitätsorientierungstraining
USA	United States of America

Wortzahl

Abstract:	185
Arbeit (exklusive Tabellen, Abbildungen und Anhänge):	11348

Danksagungen

Wir möchten uns ganz herzlich bei unserer Mentorin Maria Auer bedanken, die uns während des ganzen Prozesses betreut und unterstützt hat. Sie nahm sich für auftretende Fragen oder Unklarheiten unsererseits immer Zeit und gab neue Gedankenanstösse, wenn wir anstanden.

Weiter möchten wir uns herzlich bei unseren Freunden und Bekannten bedanken, die sich Zeit genommen haben Teile unserer Arbeit oder die ganze Arbeit gegenzulesen und sie auf Rechtschreibfehler, Satzbau sowie die Verständlichkeit und den roten Faden zu überprüfen.

Schlussendlich möchten wir uns bei allen unseren Freund*innen und Bekannten bedanken, die uns in dieser Zeit mental unterstützt und ermutigt haben.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Chantal Limacher

Thea Kirsch

Anhang

A. Glossar

Begrifflichkeit	Definition und Quelle
Aktivitäten des täglichen Lebens - Activities of Daily Living (ADL)	Aktivitäten des täglichen Lebens sind Tätigkeiten, die der Selbstversorgung und/oder der Versorgung Dritter dienen. Sie beinhalten alltägliche Handlungen im häuslichen Umfeld, aber auch in der Öffentlichkeit (American Occupational Therapy Association, 2014).
AADL-Tool	Das AADL-Tool bewertet komplexere ADL wie Freizeit oder Selbstentfaltung (De Vriendt et al., 2013). Es ist nicht reliabel (Cornelis et al., 2018).
Aktivität	Im OTIPM wird der Begriff "Aktivität" von Fisher (2014) für die Einbindung in ein Tun (Bedeutungsvolles, Zweckdienliches) und in "einfach machen" (nicht Bedeutungsvolles und Zweckdienliches) unterteilt und für beide Bedeutungen verwendet.
Antidementiva	Medikamente zur Behandlung der Symptome einer Demenz. Es wird zwischen Cholinesterase-Hemmern- und Memantin-Medikamenten zur Behandlung der Symptome einer Demenz unterschieden (Alzheimer Schweiz, 2018).
Assessment	Messinstrument zur Befundung einer Diagnose, sowie Beurteilung und Einschätzung des Ausmasses vorhandener bzw. verlorener Fähigkeiten anhand standardisierter Schemata (Ritschl & Becker, 2016)

B-ADL	Die Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL) bewertet Defizite bei der Durchführung alltäglicher Aktivitäten. Sie umfasst 25 Items und hat die Form eines Fragebogens, der von einer Betreuungspersonen oder anderen Informant*innen, der mit dem Patient*innen ausreichend vertraut ist, auszufüllen ist (Hindmarch et al., 1998).
Activity of Daily Living (ADL)-Skala	Bei der ADL-Skala nach Katz et al., (1963) handelt es sich um ein Messinstrument, welches die Durchführung der ADL beurteilt. Es werden sechs verschiedene Bereiche (z.B. Waschen, Anziehen) unterschieden und je nach Selbständigkeit mit Punkten bewertet. Gemäss Fisher (2008) ist das Messinstrument valide und reliabel.
Betätigung	Im OTIPM nach Fisher (2014) wird der Begriff "Betätigung" für die Einbindung in ein bedeutungsvolles, zweckdienliches Tun verstanden.
Betätigungsbasiert	Bei betätigungsbasierten Interventionen ist die Betätigung Mittel und Ziel (Fisher, 2014).
Bieler Modell	Das Bieler Modell ist ein ergotherapeutisches Modell, welches die Handlungsfähigkeit als zentraler Punkt der Ergotherapie sieht (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2009).
Bool'sche Operatoren	Bool'sche Operatoren sind logische Verknüpfungen zwischen Suchbegriffen und/oder Suchschritten. Diese sind nicht standardisiert (Guba, 2008).

Clinical Dementia Rating (CDR)	Das Clinical Dementia Rating ist ein Messinstrument zur Bewertung des Schweregrades der Demenz. Es ist eine Fünf-Punkte-Skala auf der CDR-0 keine kognitive Beeinträchtigung und CDR-5 eine schwere Demenz bedeutet (Hughes et al., 1982).
Clinical Reasoning	Unter Clinical Reasoning werden Gedanken und Prozesse, auf denen das ergotherapeutische Handeln, Entscheidungen und die Reflexion basieren, verstanden (Feiler et al., 2003).
Demographische Alterung	Demographische Alterung beschreibt den Vorgang, der das Durchschnittsalter einer Bevölkerung ansteigen lässt (Schmid, 2018).
Effektivität	Die Effektivität ist ein Beurteilungskriterium, mit dem sich zeigen lässt, ob eine Massnahme für eine vorgegebene Zielerreichung geeignet ist (Thommen, 2018).
Ergotherapie-Modell	Ergotherapeutische Modelle, wie das OTIPM, bilden eine Brücke zwischen der Theorie und der alltäglichen Arbeit der Ergotherapeut*innen und bilden diese strukturiert ab. Somit stellen sie eine vereinfachte Wirklichkeit ab, wobei das menschliche Handeln immer im Zentrum steht (Kranz, 2015).
Evidenz	Evidenz bedeutet mit Deutlichkeit und höchster Gewissheit belegt. Deutlichkeit, Belegt und höchste Gewissheit (Weber, 2005).
Evidenzbasiert	Evidenzbasierte Medizin ist definiert, als gewissenhafte Anwendung der aktuell verfügbaren,

	besten und externen wissenschaftlichen Evidenz für die Behandlung von Klient*innen (Weber, 2005).
Follow-up Messung	Eine Follow-up Messung ist eine Überprüfung, welche nachfolgend der Post-Messung erfolgt. Sie wird nach einer bestimmten Zeitspanne, in der keine weitere Intervention durchgeführt wird, erhoben (Caspar, 2020).
Instrumental activities of daily living (IADL)	Zu den IADL gehören alle Tätigkeiten, die das tägliche Leben zu Hause und innerhalb der Gemeinschaft unterstützen. Dazu zählt zum Beispiel die Finanzverwaltung oder das Einkaufen (American Occupational Therapy Association, 2014).
Instrumental Activity of Daily Living (IADL)- Skala	Die IADL-Skala nach Lawton und Brody (1969) ist ein Messinstrument zur Beurteilung der Fertigkeiten instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen. Dafür werden acht zentrale instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens erfasst und bei selbständiger Durchführung mit einem Punkt pro Aktivität bewertet. Gemäss Fisher (2008) ist das Messinstrument valide und reliabel.
Intervention	In der medizinischen Praxis versteht man unter Intervention eine Massnahme, die zur Prävention, Gesundheitsförderung, Heilung, Rehabilitation oder Linderung von Krankheit genutzt wird (Pschyrembel, 2018a)
Klient*innenzentriert	Klient*innenzentrierung bedeutet gemäss Fisher (2014), dass die Klienten*innen aktiv in die Interventionsplanung miteinbezogen werden, wobei ihre Wünsche und Bedürfnisse respektiert und ihre

	Vorstellungen der Probleme bei der Betätigungsperformanz im Fokus stehen.
Kognition - kognitiv	Kognition schliesst alle Prozesse ein, welche mit dem Erkennen zusammenhängen. Diese Prozesse der Informationsverarbeitung schliessen zum Beispiel die Wahrnehmung, das Gedächtnis und die Sprache, aber auch Emotion und Motivation ein (Pschyrembel, 2016a)
kortikal	Die gesamte Hirnrinde betreffend. Kortikal ist zudem eine Bezeichnung für Gehirnvorgänge, welche bewusst und rational ablaufen. Beispiele dafür sind Denken oder das kognitive Verhalten (Dorsch & Hans Huber, 2020).
Mild Cognitive Impairment (MCI)	Mild Cognitive Impairment ist eine leichte Beeinträchtigung der Gehirnfunktionen, welche sich in gewissen Fällen zu einer Demenz weiterentwickelt (Alzheimer Schweiz, 2018).
Mechanistisches Paradigma	Ergotherapeutisches Paradigma, in welchem davon ausgegangen wird, dass die Handlungsfähigkeit durch Verbesserung oder Kompensation eingeschränkter Funktionen wiederhergestellt wird (Kielhofner, 2009).
Mnemotechnische Strategien	Gedächtnisstrategien, die zur Verbesserung der Merkfähigkeit genutzt werden. Mnemotechnische Strategien beruhen auf Verknüpfung von visuellen Vorstellungen mit Gedächtnisinhalten oder darauf, dass Gedächtnisinhalte vereinfacht werden (Mauritz, 2004)

Mini-Mental-Status-Examination (MMSE)	Der Mini-Mental-Status-Examination ist ein Messinstrument zu Feststellung von kognitiven Defiziten nach (Folstein et al., 1975). Er wird in Form eines Interviews durchgeführt und beinhaltet neun Aufgaben zur Testung der zentralen kognitiven Funktionen. Man kann Punkte von 0-30 erhalten, wobei 26 Punkte als Grenzwert für normale kognitive Funktionen gilt.
Multivariate Analyse	Mit multivariaten Analysen werden die gegenseitigen Beziehungen zwischen mehr als zwei Variablen untersucht (Perlman, 2007).
NSL-C / NSL-P	Bei der Nürnbergerselbsteinschätzungsliste handelt es sich um ein Messinstrument, mit welchem eine Aussage über den Stand der Gehirnleistung im Vergleich zu gleichaltrigen gemacht werden kann (Oswald et al., 1990). Sie wird entweder vom Patienten*in (NSL-P) oder von einer Betreuungsperson (NSL-C) ausgewertet.
Partizipation	Unter Partizipation versteht man das Eingebundensein von Personen in aktives Tun und in Lebenssituationen ihres natürlichen Kontextes des täglichen Lebens (Fisher, 2014)
Partizipationsparadigma – zeitgenössisches Paradigma	Im zeitgenössischen Paradigma wird davon ausgegangen, dass Betätigung therapeutisch eingesetzt werden kann und dass sie die Gesundheit sowie das Wohlbefinden fördern kann. Ausserdem ermöglichen bedeutungsvolle Betätigungen auch die Teilnahme an der Gesellschaft. Kernbegriffe dieses Pa-

	radigmas sind demnach Betätigungsbasierung, Klient*innenzentrierung und auch Evidenzbasierung (Kielhofner, 2009).
Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	Bei RCT handelt es sich um ein Studiendesign mit sehr hoher Beweiskraft, da es vorgegebene Qualitätskriterien erfüllt. Diese sehen wie folgt aus: Vorhandensein einer Kontrollgruppe, Zuordnung zur Interventions- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip und einer doppelten Verblindung (Teilnehmende und Versuchsleitende kennen die Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe nicht) (Ritschl & Becker, 2016).
Reliabilität - reliabel	Gemäss Ritschl und Becker (2016) handelt es sich bei der Reliabilität um ein Gütekriterium für quantitative Studien zur Beurteilung der Zuverlässigkeit. Die Reliabilität ist der Grad der Genauigkeit mit dem gemessen wird. Er beschreibt, ob wiederholte Messungen eines Merkmals mit demselben Messinstrument die gleichen Werte liefern.
Review	Bei einem Review handelt es sich um eine systematische Literaturübersicht mit bestehendem Material. Mit dieser Studie wird eine bestimmte Fragestellung beantwortet, um neue wissenschaftliche Kenntnisse zu generieren (Ritschl & Becker, 2016).
Realitätsorientierungstraining (ROT)	Das Therapieprogramm, welches 1960 vom amerikanischen Arzt Folsom entwickelt wurde, hat gemäss Schaade et al. (2005) zum Ziel, die Orientierungsfähigkeit von Klient*innen zu verbessern. Auch die Selbstwahrnehmung und

	<p>Selbstachtung soll gefördert werden. Dabei wird nie eine falsche Aussage bestätigt, sondern Realitätshinweise werden auf natürliche Weise dargelegt. Zur Förderung der Orientierung werden auch Hilfen, wie Uhren oder Kalender genutzt.</p>
Reminiszenztherapie	<p>Die Reminiszenztherapie (oder Erinnerungstherapie) wurde laut Yuill und Hollis (2011) für Menschen im höheren Lebensalter mit Demenz oder Gedächtnisstörungen entwickelt, um das Erinnerungsvermögen und die Lebensqualität zu fördern. Sie beruht darauf, dass im Alter das Langzeitgedächtnis am längsten erhalten bleibt. Klient*innen sollen sich im Gruppensetting an vergangene Erfahrungen und Erlebnisse erinnern. Dazu werden beispielsweise ihre biografischen Daten, Fotoalben oder alte Briefe verwendet.</p>
Remotivationstherapie	<p>Ein Therapieansatz, bei dem Klient*innen im Gruppensetting Interesse an Lebensinhalten, wie alltäglichen Aktivitäten, Hobbys oder dem sozialen Umfeld zu schaffen, gefördert werden (Araújo et al., 2011). Dabei sind für alle bekannte Objekte (z.B. Schlittschuhe oder ein Ball) die Grundlage für Gespräche, Assoziationen, Gedichte oder Lieder. Durch die Remotivationstherapie sollen die Kommunikations- und sozialen Fertigkeiten, sowie das Selbstwertgefühl verbessert werden.</p>
Rivastigmine	<p>Medikament, welches zur Behandlung von leichter bis moderater Demenz und anderen zerebralen Funktionsstörungen (z.B. Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen) angewendet wird (Pschyrembel, 2018b).</p>

Schneeballverfahren	Die Schneeballverfahren ist eine Art der Literaturrecherche, bei der man in Studien mit leichtem Zugang Referenzangaben zu weiteren Studien sucht (Kornmeier, 2018).
Setting	Ein Setting beschreibt die Umgebungsfaktoren (Milieu, Umfeld etc.) einer Person oder Personengruppe (Ringler, 1995).
Signifikanz - signifikant	Begriff aus der Statistik, der die Zuverlässigkeit eines Messergebnisses umfasst. Besteht ein signifikantes Ergebnis, besteht meist eine Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 5% (Pschyrembel, 2016b)
Top-down Ansatz	Ansatz, bei dem Ergotherapeut*innen einen offenen Blick für die Klienten*innen haben, um ihre Bedürfnisse der Partizipation in Bezug auf Alltagsaktivitäten und gewünschte Rollen, die sie zufriedenstellen, zu erfassen. Ursachen für Betätigungsprobleme werden erst zum Schluss erörtert (Fisher, 2014).
Trunkierungen	Trunkierungen sind Platzhalter und ermöglichen die Suche nach Wortstämmen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2020).
Validität - valide	Gemäss Ritschl und Becker (2016) handelt es sich bei der Validität um ein Gütekriterium von Messinstrumenten qualitativer Studien. Die Validität ist die Gültigkeit eines Messinstrumentes, ob es das misst, was es messen soll.

Literaturverzeichnis Glossar

Alzheimer Schweiz. (2018). *Demenz—Diagnose, Behandlung und Betreuung*.

https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Diagnose-Behandlung/159_D_Diagnose_2018_web.pdf

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 19–21. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>

Araújo, L., Gomez, V., Teixeira, C., & Ribeiro, O. (2011). *Remotivation Therapy Program for institutionalized elders: Pilot study*. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 103–111. https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_269

Caspar, F. (2020). Follow-up-Studie. In M. A. Wirtz (Ed.), *Dorsch—Lexikon der Psychologie* (19th ed., p. 559). Hogrefe. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/follow-up-studie/>

Cornelis, E., Gorus, E., Beyer, I., Van Puyvelde, K., Lieten, S., Versijpt, J., Vande Walle, N., Aerts, G., De Roover, K., & De Vriendt, P. (2018). A retrospective study of a multicomponent rehabilitation programme for community-dwelling persons with dementia and their caregivers. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 5–14. <https://doi.org/10.1177/0308022617728680>

De Vriendt, P., Gorus, E., Cornelis, E., Bautmans, I., Petrovic, M., & Mets, T. (2013). The advanced activities of daily living: A tool allowing the evaluation of subtle functional decline in mild cognitive impairment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(1), 64–71. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0381-9>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2020). *Trunkierung*. *Deutsches Institut Für Medizinische Dokumentation Und Information*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/glossar/glossareintrag/Trunkierung/>

- Dorsch, F., & Hans Huber. (2020). Kortikal. In M. A. Wirtz (Ed.), *Dorsch—Lexikon der Psychologie*. Hogrefe.
- Feiler, M., Schell, B., & Fleming, M. H. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln* (1st ed.). Springer.
- Fisher, A. G. (2014). *Occupational therapy intervention process model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Trans.; 1st ed.). Schulz-Kirchner.
- Fisher, T. (2008). Assessing Function in the Elderly: Katz ADL and Lawton IADL.
<https://pdfs.semanticscholar.org/1210/1f303b50c810fa8ceaff323dc7212feffcd5.pdf>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Guba, B. (2008). Systematische Literatursuche. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158(1–2), 62–69. <https://doi.org/10.1007/s10354-007-0500-0>
- Hindmarch, I., Lefffeld, H., De Jongh, P., & Erzigkeit, H. (1998). The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9(2), 20–26. <https://doi.org/10.1159/000051195>
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1982). A New Clinical Scale for the Staging of Dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 140(6), 566–572. <https://doi.org/10.1192/bjp.140.6.566>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914.
<https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed.). F.A. Davis Company. <http://site.ebrary.com/id/10350316>
- Kornmeier, M. (2018). *Wissenschaftlich schreiben leicht gemacht: Für Bachelor, Master und Dissertation* (8th ed.). UTB.
- Kranz, F. (2015). Durch die professionelle Brille sehen – Ergotherapeutische Modelle. *ergopraxis*, 8(7/8), 12–13. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1558877>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Mauritz, K. (2004). Rehabilitation von neurologischen Erkrankungen. In G. Nelles (Ed.), *Neurologische Rehabilitation* (pp. 204–214). Thieme. http://sfx.ethz.ch/sfx_locator?sid=ALEPH:EBI01&genre=book&isbn=9783131362612
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M.-T., & Somazzi, M. (2009). *Handlungsorientierte Ergotherapie: Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis* (1st ed.). Hans Huber.
- Oswald, W. D., Adler, C., Rupprecht, R., Bayer-Feldmann, C., & Barth, P. (1990). Subjektive Alternssymptome als Indikator für hirnorganische Psychosyndrome—Die Entwicklung der Nürnberger-Selbsteinschätzungs-Liste (NSL). *Zeitschrift Für Gerontopsychologie Und -Psychiatrie*, 3, 249–264.
- Perlman, M. D. (2007). *Multivariate statistical analysis*. <http://courses.washington.edu/stat512/542TabCont2007.pdf>
- Pschyrembel. (2016a). *Kognition*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Kognition/K0BUT>
- Pschyrembel. (2016b). *Signifikanz*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Signifikanz/P03HT>

- Pschyrembel. (2018a). *Intervention*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Intervention/P04NP>
- Pschyrembel. (2018b). *Rivastigmin*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Rivastigmin/K0K1G>
- Ringler, M. (1995). Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. In O. Frischenschlager, M. Haxel, W. Kantner-Rumplmair, M. Ringler, W. Söllner, & U. V. Wisiak (Eds.), *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin: Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie* (pp. 758–760). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6602-4_64
- Ritschl, V., & Becker, H. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Schaade, G. (2005). Demenzerkrankungen und ihre ergotherapeutische Behandlung. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Eds.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (pp. 267–288). Thieme.
- Schmid, J. (2018). *Demografische Alterung*. Gabler Wirtschaftslexikon - Das Wissen der Experten. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/demografische-alterung-51464/version-274631>
- Thommen, J.-P. (2018). *Effektivität*. Gabler Wirtschaftslexikon - Das Wissen der Experten. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/effektivitaet-33138/version-256665>
- Weber, B. (2005). Evidenzbasierte Praxis in der Ergotherapie. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Eds.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (pp. 89–96). Thieme. <http://www.thieme.de/shop/Ergotherapie/Habermann-Wittmershaus-Ergotherapie-im-Arbeitsfeld-Geriatrie-9783131255815/p/000000000207510101>

Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: An occupational therapy perspective. *Occupational Therapy International*, 18(4), 163–186. <https://doi.org/10.1002/oti.315>

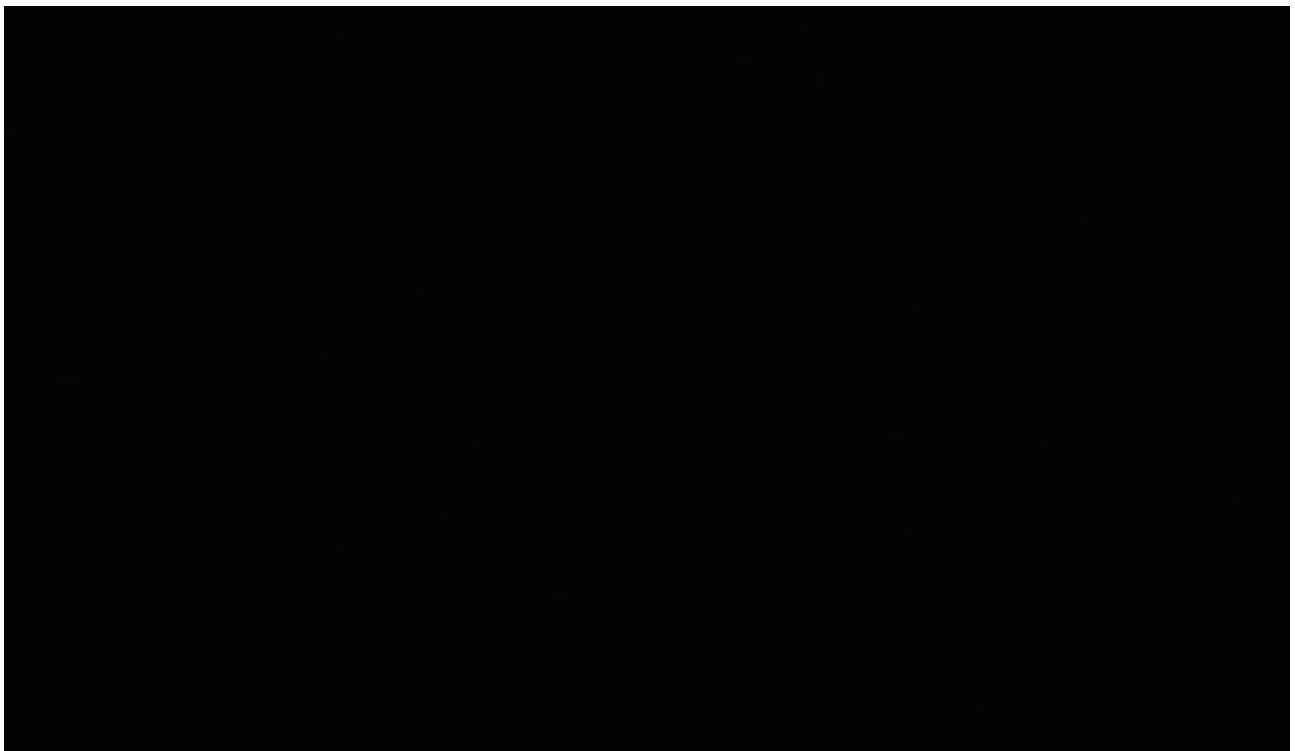
B. Zusammenfassung des OTIPM-Prozesses

Nachfolgend wird der OTIPM-Prozess nach Fisher (2014) beschrieben:

Laut Fisher (2014) wird zu Beginn der Kontext der Klient*innen ergründet. Gemeinsam mit den Klient*innen werden daraus Ressourcen und Einschränkungen erfasst. Nachfolgend werden die Schwierigkeiten bei der Ausführung der bedeutsamen Aktivitäten identifiziert. Sie werden priorisiert und entsprechende Behandlungsziele formuliert. Betreffend dieser Zielformulierung werden bei einer Performanzanalyse die Fertigkeiten der Klient*innen beobachtet und bewertet. So lässt sich erschliessen, welche Performanzfertigkeiten Ursache der Defizite bei der ausgewählten Alltagsaktivität sind. Nach dieser Evaluationsphase werden eines oder mehrere Behandlungsmodelle zur Behandlung ausgewählt. Ob sich die Durchführung der Betätigung verbessert hat, wird nach der Intervention in der Re-Evaluationsphase überprüft. Ist die Ausführung zufriedenstellend, kann die Therapie beendet werden, ansonsten beginnt der Prozess erneut ab der Evaluationsphase.

Abbildung A1:

Darstellung des OTIPM-Modells



Quelle: Fisher (2014)

C. Keywordtabelle

Tabelle A1

Keywordtabelle

Schlüsselbegriffe	Synonyme, verwandte Begriffe, Ober-/Unterbegriffe (Deutsch)	Keywords (Englisch)
Demenz	Alzheimer leichte bis mittelschwere Demenz	dementia, alzheimer disease, mild or moderate dementia, early-stage dementia
kognitive Intervention	kognitive Stimulation, kognitive Rehabilitation, kognitives Training	cognitive intervention, cognitive training (CT), cognitive stimulation treatment/therapy (CST), cognitive rehabilitation (CR)
Handlungsfähigkeit	ADL, Selbständigkeit, Alltagsfunktionen	ADL (activities of daily living), ADL-performance, daily function, independence, autonomy
Langzeiterfolg	langfristige Wirkung	follow up, long-term
Ergotherapie	Therapie, Nichtmedikamentöse Therapie	occupational therapy, nonpharmalogical therapy

D. Suchprotokoll

Tabelle A2:

Suchprotokoll

Suchschritte Suchbegriffe mit verschiedenen Suchoptionen	Gefundene Treffer / Relevante Treffer / Bewertung der Suche
MEDLINE	
("dementia" OR "alzheimer* disease")	231480 Treffer Zu viele Treffer
("cognitive training" OR "cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation")	6107 Treffer Zu viele Treffer
("ADL" OR "daily function" OR "activities of daily living")	96079 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("ADL" OR "daily function" OR "activities of daily living")	8653 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("cognitive training" OR "cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation")	1257 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("cognitive training" OR "cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation") AND ("ADL" OR "daily function" OR "activities of daily living")	219 Treffer Zu viele Treffer

("dementia" OR "alzheimer* disease" NOT "cognitive impairment") AND ("cognitive training" OR "cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation") AND ("ADL" OR "daily function" OR "activities of daily living")	136 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive stimulation") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function")	14 Treffer/ davon 3 relevant Mapelli, D., Di Rosa, E., Nocita, R., & Sava, D. (2013). Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra</i> , 3(1), 263–271. Assis, L. de O., Tirado, M. G. A., Pertence, A. E. de M., Pereira, L. S. M., & Mancini, M. C. (2010). Evaluation of cognitive technologies in geriatric rehabilitation: A case study pilot project. <i>Occupational Therapy International</i> , 17(2) Stemmer, R., Grasel, E., & Schmid, M. (2019). Individual activation of dementia sufferers in a home setting: A randomized controlled study. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> , 52(3), 256–263.
("dementia" OR "alzheimer*disease") AND "cognition" AND ("activit* of daily living") AND ("cognitive intervention" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive therap*" OR "cognitive stimulation") AND "occupational therap*"	0 Treffer
("dementia" OR "alzheimer*disease") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive therap*" OR "cognitive stimulation") AND ("daily function" OR "independence")	35 Treffer/ davon 2 relevant Orrell, M., Hoe, J., CharleswORth, G., Russell, I., Challis, D., Moniz-Cook, E., Knapp, M., Woods, B., Hoare, Z., Aguirre, E., Toot, S., Streater, A., Crellin, N., Whitaker, C., d’Amico, F., & Rehill, A. (2017). Support at Home: Interventions to Enhance Life in Dementia (SHIELD) – evidence, development and evaluation of complex interventions. <i>Programme Grants for Applied Research</i> , 5(5), 1–184. Serdà i Ferrer, B.-C., & del Valle, A. (2014). A Rehabilitation Program for Alzheimer’s Disease. <i>Journal of Nursing Research</i> , 22(3), 192–199.

CINAHL	
("dementia" OR "alzheimers disease") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive training") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function*")	194 Treffer Zu viele Treffer
("dementia"OR"alzheimer* disease" NOT "cognitive impairment") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive training") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function*") -> mit Einschränkung: "Vorkommen der Suchbegriffe im Abstract"	117 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimers disease") AND "cognitive stimulation" AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function*") -> mit Einschränkung "Vorkommen der Suchbegriffe im Abstract"	29 Treffer/ davon 13 relevant McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrell, M. (2018). Psychosocial interventions for people with dementia: A synthesis of systematic reviews. <i>Aging & Mental Health</i> , 23(4), 393–403. Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., Salvalaio, E., Pradelli, S., & Borella, E. (2016). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: Its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 32(3), 331–340. D'Onofrio, G., Sancarlo, D., Addante, F., Ciccone, F., Cascavilla, L., Paris, F., Elia, A. C., Nuzzaci, C., Picoco, M., Greco, A., Panza, F., & Pilotto, A. (2015). A pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive stimulation in patients with Alzheimer's disease. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 30(9), 965–975. Garrido-Pedrosa, J., Sala, I., & Obradors, N. (2017). Effectiveness of cognition-focused interventions in activities of daily living performance in people with dementia: A systematic review. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 80(7), 397–408.

	<p>García-Casal, J. A., Loizeau, A., Csipke, E., Franco-Martín, M., Perea-Bartolomé, M. V., & Orrell, M. (2017a). Computer-based cognitive interventions for people living with dementia: A systematic literature review and meta-analysis. <i>Aging & Mental Health</i>, 21(5), 454–467.</p> <p>Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., ... Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorder</i>, 30(2), 161–178.</p> <p>Clarkson, P., Hughes, J., Xie, C., Larbey, M., Roe, B., Giebel, C. M., Jolley, D., & Challis, D. (2017). Overview of systematic reviews: Effective home support in dementia care, components and impacts—Stage 1, psychosocial interventions for dementia. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 73(12), 2845–2863.</p> <p>Muñiz, R., Serra, C. M., Reisberg, B., Rojo, J. M., del Ser, T., Peña Casanova, J., & Olazarán, J. (2015). Cognitive-Motor Intervention in Alzheimer's Disease: Long-Term Results from the Maria Wolff Trial. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i>, 45(1), 295–304.</p> <p>Spagnolo, P., Aricò, M., Bergamelli, C., Mazzucco, S., Boldrini, P., Di Giorgi, E., & Gallucci, M. (2015). A pilot study on behavioral and cognitive effects of Cognitive Stimulation Training based on 3R Mental Stimulation. The Treviso Dementia (TREDEM) Study. <i>NeuroRehabilitation</i>, 36(1), 151–156.</p> <p>Rehling, T., Sixsmith, J., Corr, S., & Chard, G. (2017). Occupational therapy perspectives on cognitive stimulation therapy: Outcomes in relation to activities of daily living (ADL)...RCOT (Royal College of Occupational Therapist) Annual Conference 2017. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 80, 30–30.</p> <p>Orgeta, V., Leung, P., Yates, L., Kang, S., Hoare, Z., Henderson, C., Whitaker, C., Burns, A. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: A clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. <i>Health Technology Assessment</i>, 19(64).</p> <p>Aguirre, E., Spector, A., Hoe, J., Russell, I. T., Knapp, M., Woods, R. T., & ORrell, M. (2010). Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: A single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia. 10. (Orrell et al., 2014)</p>
--	--

	(B. Woods et al., 2012)
<p>("dementia" OR "alzheimer's disease") AND "cognitive rehabilitation" AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function**")</p> <p>-> mit Einschränkung: "Vorkommen der Suchbegriffe im Abstract"</p>	<p>29 Treffer/ davon 7 relevant</p> <p>Brueggen, K., Kasper, E., Ochmann, S., Pfaff, H., Webel, S., Schneider, W., & Teipel, S. (2017). Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i>, 57(4), 1315–1324.</p> <p>Scott, I., Cooper, C., Leverton, M., Burton, A., Beresford-Dent, J., Rockwood, K., Butler, L., & Rapaport, P. (2019). Effects of nonpharmacological interventions on functioning of people living with dementia at home: A systematic review of randomised controlled trials. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 34(10), 1386–1402.</p> <p>Silva, A. R., Pinho, M. S., Macedo, L., Moulin, C., Caldeira, S., & Firmino, H. (2017). It is not only memory: Effects of sensecam on improving well-being in patients with mild alzheimer disease. <i>International Psychogeriatrics</i>, 29(5), 741–754.</p> <p>Vanova, M., Irazoki, E., García-Casal, J. A., Martínez-Abad, F., Botella, C., Shiells, K. R., & Franco-Martín, M. A. (2018). The effectiveness of ICT-based neurocognitive and psychosocial rehabilitation programmes in people with mild dementia and mild cognitive impairment using GRADIOR and ehcoBUTLER: Study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials</i>, 19.</p> <p>(Garrido-Pedrosa et al., 2017)</p> <p>(García-Casal et al., 2017a)</p> <p>(Brunelle-Hamann et al., 2015)</p>
<p>("dementia"OR"alzheimer's disease") AND ("cognitive training") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function**")("dementia"OR"alzheimer's disease") AND "cognitive training" AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function**")</p> <p>-> mit Einschränkung: "Vorkommen der Suchbegriffe im Abstract"</p>	<p>51 Treffer/ davon 12 relevant</p> <p>Okamura, H., Otani, M., Shimoyama, N., & Fujii, T. (2018). Combined Exercise and Cognitive Training System for Dementia Patients: A Randomized Controlled Trial. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorder</i>, 45(5–6), 318–325.</p> <p>Yu, F., Rose, K. M., Burgener, S. C., Cunningham, C., Buettner, L. L., Beattie, E., Bossen, A. L., Buckwalter, K. C., Fick, D. M., Fitzsimmons, S., Kolanowski, A., Specht, P., Richeson, N. E., Testad, I., & McKenzie, S. E. (2009). Cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and dementia. <i>Journal of Gerontological Nursing</i>, 35(3), 23–29.</p>

	<p>Carrion, C., Folkvord, F., Anastasiadou, D., & Aymerich, M. (2018). Cognitive Therapy for Dementia Patients: A Systematic Review. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorder</i>, 46(1–2), 1–26.</p> <p>Thivierge, S., Jean, L., & Simard, M. (2014). A Randomized Cross-over Controlled Study on Cognitive Rehabilitation of Instrumental Activities of Daily Living in Alzheimer Disease. <i>American Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 22(11), 1188–1199.</p> <p>Barban, F., Annicchiarico, R., Pantelopoulos, S., Federici, A., Perri, R., Fadda, L., Carlesimo, G. A., Ricci, C., Giuli, S., Scalici, F., Turchetta, C. S., Adriano, F., Lombardi, M. G., Zaccarelli, C., Cirillo, G., Passuti, S., Mattarelli, P., Lymperopoulou, O., Sakka, P., ... Caltagirone, C. (2016). Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: A computerized cognitive training combined with reminiscence therapy. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 31(4), 340–348.</p> <p>(Clarkson et al., 2017)</p> <p>(Silva et al., 2017)</p> <p>(Spagnolo et al., 2015)</p> <p>(Garrido-Pedrosa et al., 2017)</p> <p>(García-Casal et al., 2017a)</p> <p>(Olazarán et al., 2010)</p> <p>(Brueggen et al., 2017)</p>
<p>("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive training") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function*") AND ("occupational therap*" OR "ot")</p>	<p>9 Treffer/ davon 2 relevant</p> <p>(Garrido-Pedrosa et al., 2017)</p> <p>(Rehling et al., 2017)</p>
<p>("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive training") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function*")</p>	<p>192 Treffer</p> <p>Zu viele Treffer.</p>

<p>(“dementia“ OR “alzheimers disease“) AND (“cognitive intervention**“ OR “cognitive stimulation“ OR “cognitive rehabilitation“OR“cognitive training“) AND (“activities of daily living“ OR “ADL“ OR “daily function**“) AND (“therap**“) (“dementia“ OR “alzheimers disease“) AND (“cognitive intervention**“ OR “cognitive stimulation“ OR “cognitive rehabilitation“OR“cognitive training“) AND (“activities of daily living“ OR “ADL“ OR “daily function**“)</p> <p>-> mit Einschränkung: “Vorkommen der Suchbegriffe im Abstract“</p>	<p>34 Treffer/ davon 9 relevant (Brueggen et al., 2017) (Scott et al., 2019) (Carrion et al., 2018) (Capotosto et al., 2016) (Olazarán et al., 2010) (Orrell et al., 2014) (Yu et al., 2009) (Rehling et al., 2017) (Aguirre et al., 2010)</p>
<p>(“dementia“OR“alzheimer*disease“) AND (“cognitive intervention**“ OR “cognitive rehabilitation“ OR “cognitive therap**“) AND (“activities of daily living“OR “ADL” OR “daily function**“ OR “independence“)</p>	<p>2'872 Treffer Zu viele Treffer</p>
<p>(“dementia“ OR “alzheimer*disease“) AND “cognitive intervention**“ AND (“activities of daily living“ OR “ADL” OR “daily function**“ OR “independence“)</p>	<p>32 Treffer/ davon 4 relevant</p> <p>Tulliani, N., Bissett, M., Bye, R., Chaudhary, K., Fahey, P., & Liu, K. P. Y. (2019). The efficacy of cognitive interventions on the performance of instrumental activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment or mild dementia: Protocol for a systematic review and meta-analysis. <i>Systematic Reviews</i>, 8(1), 222.</p> <p>García-Casal, J. A., Loizeau, A., Csipke, E., Franco-Martín, M., Perea-Bartolomé, M. V., & Orrell, M. (2017b). Computer-based cognitive interventions for people living with dementia: A systematic literature review and meta-analysis. <i>Aging & Mental Health</i>, 21(5), 454–467.</p> <p>Tsantali, E., & Economidis, D. (2014). Implications of a Longitudinal Cognitive Intervention Program in Mild Alzheimer's Disease. 28, 128–134.</p> <p>(Vanova et al., 2018)</p>

("dementia" OR "alzheimer*disease") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive therap*") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function*" OR "independence") AND ("occupational therap*") ("dementia" OR "alzheimer*disease") AND ("cognitive intervention*" OR "cognitive rehabilitation" OR "cognitive therap*") AND ("activities of daily living" OR "ADL" OR "daily function*" OR "independence") AND "occupational therap*"	130 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimer*disease") AND ("cognitive rehabilitation*" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive training*") AND ("activities of daily living" OR "ADL") AND "occupational therap*"	22 Treffer/ davon 3 relevant Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M., Sabates, J., & Clare, L. (2018). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. Clare, L., Kudlicka, A., Oyebode, J. R., Jones, R. W., Bayer, A., Leroi, I., Kopelman, M., James, I. A., Culverwell, A., Pool, J., Brand, A., Henderson, C., Hoare, Z., Knapp, M., Morgan-Trimmer, S., Burns, A., Corbett, A., Whitaker, R., & Woods, B. (2019). Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias: The GREAT RCT. Health Technology Assessment, 23(10), 1–242. Kim, S. (2015). Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. Journal of Physical Therapy Science, 27(2), 543–546.
("dementia" OR "alzheimer*disease") AND "cognitive therap*" AND ("activities of daily living" OR "ADL")	7 Treffer/ davon keine relevant
AMED	
"dementia" AND "cognitive intervention" AND "daily function"	1 Treffer/ nicht relevant

("dementia" OR "alzheimer* disease") AND "cognitive intervention*" AND ("activit* of daily living" OR "ADL")	14 Treffer
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("cognitive intervention*") AND ("activit* of daily living" OR "ADL" OR "daily function")	30 Treffer / davon 4 relevant Cotelli, M., Calabria, M., & Zanetti, O. (2006). Cognitive rehabilitation in Alzheimer's Disease. 3. Schecker, M., Pirnay-Dummer, P., Schmidtke, K., Hentrich-Hesse, T., & Borchardt, D. (2013). Cognitive Interventions in Mild Alzheimer's Disease: A Therapy-Evaluation Study on the Interaction of Medication and Cognitive Treatment. Dementia and Geriatric Cognitive Disorder EXTRA, 3(1), 301–311. Brunelle-Hamann, L., Thivierge, S., & Simard, M. (2015). Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease. Neuropsychological Rehabilitation, 25(5), 677–707. (Cahn-Weiner et al., 2003)
("cognitive intervention" OR "cognitive therap*" OR "cognitive stimulation" AND "cognitive rehabilitation" AND "cognitive training")	1095 Treffer Zu viele Treffer
("cognitive intervention"OR"cognitive therap*" OR "cognitive stimulation" AND "cognitive rehabilitation" AND "cognitive training") AND ("dementia" OR "alzheimer* disease" NOT "cognitive impairment")	165 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("cognitive intervention*") NOT ("mild cognitive impairment")	106 Treffer Zu viele Treffer
("cognitive intervention"OR"cognitive therap*" OR "cognitive stimulation" AND "cognitive rehabilitation" AND "cognitive training") AND ("dementia" OR "alzheimer* disease" NOT "cognitive impairment") AND ("ADL"	35 Treffer/ davon 14 relevant Luttenberger, K., Hofner, B., & Graessel, E. (2012). Are the effects of a non-drug multimodal activation therapy of dementia sustainable? Follow-up study 10 months after completion of a randomised controlled trial. BMC Neurology, 12(1), 151.

<p>OR "activit* of daily living"OR"daily function")</p>	<p>Luttenberger, K., Donath, C., Uter, W., & Graessel, E. (2012). Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: A randomized-controlled study with 6-month follow-up. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 60(5), 830–840.</p> <p>Avila, R., Carvalho, I. A. M., Bottino, C. M. C., & Miotto, E. C. (2007). Neuropsychological rehabilitation in mild and moderate Alzheimer's disease patients. <i>Behavioural Neurology</i>, 18(4), 225–233.</p> <p>Matsuda, O. (2007). Cognitive stimulation therapy for Alzheimer's disease: The effect of cognitive stimulation therapy on the progression of mild Alzheimer's disease in patients treated with donepezil. <i>International Psychogeriatrics</i>, 19(2), 241–252.</p> <p>Sitzer, D. I., Twamley, E. W., & Jeste, D. V. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: A meta-analysis of the literature. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 114(2), 75–90.</p> <p>Farina, E., Mantovani, F., Fioravanti, R., Pignatti, R., Chiavari, L., Imbornone, E., Olivetto, F., Alberoni, M., Mariani, C., & Nemni, R. (2006). Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one? <i>Aging & Mental Health</i>, 10(3), 211–218.</p> <p>Fernández, A. L., Manoilloff, L. M. V., & Monti, A. A. (2006). Long-term cognitive treatment of Alzheimer's disease: A single case study. <i>Neuropsychological Rehabilitation</i>, 16(1), 96–109.</p> <p>Alves, J., Magalhães, R., Thomas, R. E., Gonçalves, Ó. F., Petrosyan, A., & Sampaio, A. (2013a). Is There Evidence for Cognitive Intervention in Alzheimer Disease? A Systematic Review of Efficacy, Feasibility, AND Cost-Effectiveness: 27(3), 195–203.</p> <p>(García-Casal et al., 2017b)</p> <p>(Garrido-Pedrosa et al., 2017)</p> <p>(Capotosto et al., 2016)</p> <p>(B. Woods et al., 2012)</p> <p>(Amieva & Dartigues, 2013)</p> <p>(Luttenberger et al., 2012)</p>
---	---

PsycInfo	
("cognitive intervention*") AND ("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("ADL" OR "activit* of daily living" OR "daily function")	322 Treffer Zu viele Treffer
("cognitive therap*") AND ("dementia" OR "alzheimer* disease") AND ("ADL" OR "activit* of daily living" OR "daily function")	480 Treffer Zu viele Treffer
("cognitive training" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation") AND ("ADL" OR "activit* of daily living" OR "daily function") AND ("dementia" OR "alzheimer* disease*")	667 Treffer Zu viele Treffer
("cognitive training" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation") AND ("ADL" OR "activit* of daily living" OR "daily function") AND ("dementia" OR "alzheimer* disease*") -> mit Einschränkung: "Vorkommen der Suchbegriffe im Abstract"	667 Treffer Zu viele Treffer
"occupational therapy" AND ("cognitive training" OR "cognitive stimulation" OR "cognitive rehabilitation") AND ("ADL" OR "activit* of daily living" OR "daily function") AND ("dementia" OR "alzheimer* disease*") -> mit Einschränkung: "Vorkommen der Suchbegriffe im Abstract"	185 Treffer Zu viele Treffer

OTseeker	
"cognitive intervention*" AND ("dementia" OR "alzheimer* disease*")	17 Treffer/ davon keine relevant
"cognitive intervention*" AND ("dementia" OR "alzheimer* disease*" NOT "mild cognitive impairment")	5 Treffer/ davon 2 relevant (García-Casal et al., 2017b) (Alves et al., 2013)
("dementia" OR "alzheimer* disease")	532 Treffer Zu viele Treffer
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND "cognitive intervention"	10 Treffer davon 4 relevant Alves, J., Magalhães, R., Thomas, R. E., Gonçalves, Ó. F., Petrosyan, A., & Sampaio, A. (2013a). Is There Evidence for Cognitive Intervention in Alzheimer Disease? A Systematic Review of Efficacy, Feasibility, AND Cost-Effectiveness: 27(3), 195–203. Cahn-Weiner, D. A., Malloy, P. F., Rebok, G. W., & Ott, B. R. (2003). Results of a Randomized Placebo-Controlled Study of Memory Training for Mildly Impaired Alzheimer's Disease Patients. <i>Applied Neuropsychology</i> , 10(4), 215–223. Hopper Tammy, Bourgeois Michelle, Pimentel Jane, Qualls Constance Dean, Hickey Ellen, Frymark Tobi, & Schooling Tracy. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Cognitive Interventions for Individuals with Dementia. <i>American Journal of Speech-Language Pathology</i> , 22(1), 126–145. (Davis et al., 2001)
("dementia" OR "alzheimer* disease") AND "cognitive stimulation"	25 Treffer davon 11 relevant Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. <i>Ageing Research Reviews</i> , 12(1), 253–262. Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. <i>Neuropsychological Rehabilitation</i> , 14(4), 385–401.

	<p>Davis, R. N., Massman, P. J., & Doody, R. S. (2001). Cognitive Intervention in Alzheimer Disease: A Randomized Placebo-Controlled Study. <i>Alzheimer Disease & Associated Disorders</i>, 15(1), 1–9.</p> <p>Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>.</p> <p>Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 25(12), 1253–1258.</p> <p>Yamanaka, K., Kawano, Y., Noguchi, D., Nakaaki, S., Watanabe, N., Amano, T., & SpectOR, A. (2013). Effects of cognitive stimulation therapy Japanese version (CST-J) for people with dementia: A single-blind, controlled clinical trial. <i>Aging & Mental Health</i>, 17(5), 579–586.</p> <p>Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: An occupational therapy perspective. <i>Occupational Therapy International</i>, 18(4), 163–186.</p> <p>(García-Casal et al., 2017b)</p> <p>(Mapelli et al., 2013)</p> <p>(Olazarán et al., 2010)</p> <p>(Orrell et al., 2017)</p>
<p>("dementia" OR "alzheimer* disease") AND "cognitive training"</p>	<p>24 Treffer davon 7 relevant</p> <p>Amieva, H., & Dartigues, J.-F. (2013). ETNA3, a clinical randomized study assessing three cognitive-ORiented therapies in dementia: Rationale and general design Elsevier Enhanced Reader.</p> <p>Clare, L., & Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation AND cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. In <i>The Cochrane Collaboration (Hrsg.), Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. John Wiley & Sons, Ltd.</p> <p>(García-Casal et al., 2017b)</p> <p>(Olazarán et al., 2010)</p> <p>(Sitzer et al., 2006)</p> <p>(Bahar-Fuchs et al., 2018)</p> <p>(Clare & Woods, 2004)</p>

("dementia" OR "alzheimer* disease") AND "cognitive rehabilitation"	18 Treffer davon 6 relevant Clare, L., Linden, D. E. J., Woods, R. T., Whitaker, R., Evans, S. J., Parkinson, C. H., van Paasschen, J., Nelis, S. M., Hoare, Z., Yuen, K. S. L., & Rugg, M. D. (2010). Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease: A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy. <i>The American Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 18(10), 928–939. Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type: A review. <i>Alzheimer's Research & Therapy</i> , 5(4), 35. (Amieva & Dartigues, 2013) (García-Casal et al., 2017b) (Clare & Woods, 2003) (Clare & Woods, 2004)
OTDBASE	
"dementia" AND "cognit**"	100 Treffer Zu viele Treffer
"dementia" AND "cognit**" AND ("ADL" OR "daily function") -> keine Eingabe weiterer Suchbegriffe möglich da Eingabefeld begrenzt	55 Treffer davon 2 relevant Coe A, M. M., Stapleton T. (2019). Effects of An Occupational Therapy Memory Strategy Education Group Intervention on Irish Older Adults Self-Management of Everyday Memory Difficulties. <i>Occupational Therapy in Health Care</i> , 33(1), 37–63. Cornelis, E., Gorus, E., Beyer, I., Van Puyvelde, K., Lieten, S., Versijpt, J., Vande Walle, N., Aerts, G., De Roover, K., & De Vriendt, P. (2018). A retrospective study of a multicomponent rehabilitation programme for community-dwelling persons with dementia and their caregivers. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 81(1), 5–14.
"dementia" AND "cognit**" AND "independence"	15 Treffer davon keiner relevant

-> keine Eingabe weiterer Suchbegriffe möglich da Eingabefeld begrenzt	
"alzheimer* disease" AND "cognit*" AND "ADL" -> keine Eingabe weiterer Suchbegriffe möglich da Eingabefeld begrenzt	6 Treffer davon keiner relevant
"alzheimer* disease" AND "cognit*" AND "daily function" -> keine Eingabe weiterer Suchbegriffe möglich da Eingabefeld begrenzt	26 Treffer davon 1 relevant Jensen, L., & Padilla, R. (2017). Effectiveness of Environment-Based Interventions That Address Behavior, Perception, and Falls in People With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorder: A Systematic Review. American Journal of Occupational Therapy, 71(5), 1–10.
"alzheimer* disease" AND "cognit*" AND "independence"	Treffer/ davon keiner relevant

E. Würdigungen der Hauptstudien

Hauptstudie 1 - Rehabilitation

Formular zur kritischen Besprechung quantitative Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial (Brueggen et al., 2017)

Tabelle mit Ergebnissen

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Die Studie untersucht den Effekt von kognitiver Rehabilitation (nach Kasper et al., 2016) im Vergleich zu standardisiertem kognitivem Training bei Personen mit einer milden Alzheimer Krankheit auf die ADL-Fertigkeiten. Als sekundäre Outcomes wurden ausserdem verschiedene kognitive Funktionen, sowie nicht kognitionsbezogene Faktoren, wie zum Beispiel die Lebensqualität gemessen. Alle diese Messungen wurden vor und nach der Intervention durchgeführt.
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. Es wird erwähnt, dass kognitives Training, welches spezifische kognitive Funktionen trainiert, bei Menschen mit MCI positive Effekte zeigt, nicht aber bei Menschen mit Demenz. Jedoch fehlen bei Menschen mit MCI und bei Menschen mit Demenz laut den Autor*innen Überprüfungen zu den Langzeitwirkungen und zum Transfer der trainierten, spezifischen Funktionen im kognitivem Training.

	<p>Die Autoren dieser Studie beziehen sich darauf, dass die kognitive Rehabilitation für Menschen mit Demenz entwickelt wurde aber noch nicht häufig auf deren Evidenz geprüft wurde. Einige Studien haben aber vielversprechende Ergebnisse zur kognitiven Rehabilitation gefunden, die Autor*innen nutzen daher diese Intervention für ihre Studie. Die Intervention wird anhand des CORDIAL-Manuals durchgeführt, sie wurde aber für die Studie so angepasst, dass sie in Gruppen durchgeführt werden konnte. Dies, da die Autor*innen den Aspekt der sozialen Interaktion auch miteinbeziehen wollten. Ausserdem fügten sie der Intervention auch noch ein Problemlösetraining hinzu, um den Transfer in den Alltag zu fördern.</p> <p>Die vorliegende Studie will den Effekt von CR auf die ADL sowie den Übertrag von trainierten kognitiven Funktionen in den Alltag überprüfen.</p>
<p>DESIGN</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input type="checkbox"/> Kohortenstudie <input type="checkbox"/> Einzelfall-Design <input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="checkbox"/> Querschnittstudie <input type="checkbox"/> Fallstudie 	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprechend dem Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Das Design der Studie ist ein «controlled intervention trial», also ein RCT. Dies ist sinnvoll, da herausgefunden werden soll, ob und inwiefern die kognitive Rehabilitation einen Einfluss auf die ADL hat. Die Kontrollgruppe erhält im selben Zeitraum standardisiertes kognitives Training (treatment as usual). Auch gibt es schon einige Forschungen zur kognitiven Rehabilitation, ein exploratorisches Design wäre daher unangemessen.</p> <p>Es wurden keine Interviews für detailliertere qualitative Datenanalyse geführt.</p> <p>Die Kontrollgruppe erhält auch Therapie, es wird nicht davon ausgegangen, dass sie einen negativen Nutzen</p>

	<p>daraus haben, wenn sie die zu testende Intervention nicht erhalten.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Die Teilnehmenden wurden den beiden Gruppen über ein Computerprogramm randomisiert zugeteilt. Dadurch, dass fünf von einer anderen Studie übernommen wurden und direkt in die Interventionsgruppe eingeteilt wurden, ist möglicherweise die Verteilung nicht optimal gegeben. Zudem könnten die Beurteiler*innen die Studie dadurch beeinflusst haben, da sie vermutlich wussten wer diese Leute waren. Es kann sein, dass sie deshalb diese Personen weniger streng beurteilt haben. Es wird nicht erwähnt, ob die Teilnehmenden wussten, welcher Gruppe sie zugeteilt wurden. Nicht alle Teilnehmenden nahmen antidementive Medikamente ein. Diese Teilnehmenden, die keine Medikamente einnahmen, waren alle in der Kontrollgruppe. Dies könnte das Outcome verfälschen und die Interventionsgruppe begünstigen, da sich die Demenz vermutlich schneller verschlechtert ohne Medikation.</p>
<p>STICHPROBE N= 20, 4 drop-offs während der Studie</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>An der Studie nahmen 20 Personen teil, welche alle an derselben Memory Klinik (memory clinic of the university Hospital Rostock) rekrutiert wurden. Alle Teilnehmenden wurde anhand der NINCDS-ADRA sowie den NIA-AA Kriterien eine wahrscheinliche</p>

<p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Demenz diagnostiziert. Aufgrund verschiedener Gründe fielen im Verlaufe der Studie vier Teilnehmenden aus.</p> <p>Die Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Studien zwischen 53 und 83 Jahre alt und hatten alle einen CDR-Score von 1, was einer milden Demenz entspricht. Zusätzlich wurde der MMSE durchgeführt, die Teilnehmenden hatten einen MMSE-Score zwischen 18 und 29.</p> <p>14 Teilnehmenden wurde eine Alzheimer Demenz diagnostiziert, den anderen zwei eine gemischte Demenz. 13 Teilnehmende nahmen antidementive Medikamente.</p> <p>Alle Teilnehmenden wohnten zu Hause und hatten mindestens zweimal in der Woche Kontakt zu einer Betreuungsperson (caregiver).</p> <p>Teilnehmende mit psychiatrischen sowie neurologische Krankheiten oder Epilepsie wurden ausgeschlossen. Teilnehmende, welche Medikamente einnahmen wurden nur einbezogen, wenn sie in den letzten Monaten eine stabile Dosis eingenommen haben.</p> <p>Fünf Teilnehmende wurden von der Warteliste einer Pilotstudie beigezogen und direkt der Interventionsgruppe zugeteilt, die anderen 15 Teilnehmenden wurden mit einem Computerprogramm «partial-randomised» (teils randomisiert).</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht ganz klar wie sie zu den Teilnehmer*innen gekommen sind. - in der Kontrollgruppe gab es 3 Personen, welche keine Medikamente nahmen, in der Interventionsgruppe nahmen alle Personen Medikamente. - Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet. - Die Stichprobengrösse ist zu klein, um daraus auf die gesamte Population zu schliessen.
---	---

	<p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Die Studie wurde anhand der «Declaration of Helsinki» durchgeführt und wurde von der lokalen Ethikkommission genehmigt.</p> <p>Alle Teilnehmer*innen gaben ihre schriftliche Zustimmung zur Teilnahme an der Studie.</p>	
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p> <p>Alle Messungen wurden vor und 14 Tage nach den Interventionen durchgeführt.</p> <p>Die Autor*innen beschreiben die Reliabilität und Validität der einzelnen verwendeten Assessments in der Studie nicht explizit. Die Messinstrumente sind jedoch mit Literaturangaben hinterlegt, welche deren Reliabilität und Validität belegen.</p>	
	<p>Outcome Bereiche</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>
	<p>Handlungsfähigkeit</p>	<p>Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL)</p> <p>Nuremberg Aging Observation Scale (NSL-P und NSL-C)</p>
<p>Kognitive Funktionen</p>	<p>MMSE</p> <p>Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)</p> <p>HOTAP A / HOTAP C (Handlungsorganisation und Tagesplanung) (Die Autor*innen sagen nichts über</p>	

		die Validität dieses Assessments) Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD)
	Stimmung / Lebensqualität	Dimensions of Quality Of Life, DEMQOL Geriatric Depression Scale, GDS Apathy Evaluation Scale, AES
	Belastung der Angehörigen	Neuropsychiatric Inventory, NPI Zarit Burden Inventory, ZBI
MASSNAHMEN Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input type="checkbox"/> Entfällt Wurde Kontaminierung vermieden? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Die Einnahme von Medikamenten wurde überprüft. Einbezogen wurden nur Personen, welche schon über	Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden? Für die Intervention hielten sich die Autoren der Studie an das CORDIAL-Manual, welches 2010 für Menschen mit leichter Demenz entwickelt wurde und die kognitive Rehabilitation beinhaltet und definiert. Die Intervention fand über 12 Wochen statt und bestanden aus 6 Modulen mit 2 Therapieeinheiten. Ein*e Ergotherapeut*in sowie ein*e Psycholg*in führten die einstündigen Interventionen durch. Es wurde nicht erwähnt, ob diese jeweils die Gleichen waren. Die Module sind nach CORDIAL wie folgt gegliedert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikation der Probleme und Definition der Ziele 2. Gebrauch von externen Gedächtnishilfen 	

<p>mindestens 6 Monaten eine stabile Dosis einnahmen.</p> <p>Die aktive Kontrollgruppe erhielt ein standardisiertes, kognitives Training als Hausaufgabe. Dies wurde aber nicht mit der Interventionsgruppe vermischt.</p> <p>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nicht angegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Entfällt</p> <p>Die Teilnehmenden wohnten zum Zeitpunkt der Studie alle zu Hause. Gleichzeitige Massnahmen könnten stattgefunden haben. Es wird nicht erwähnt, ob dies überprüft wurde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Einführung und Implementierung von Tagesabläufen und ein strukturierter Rahmen für den Tag. 4. Organisation und Einbindung von bedeutungsvollen Aktivitäten 5. Erinnerungen / biographische Arbeit 6. Evaluation der erreichten Ziele und planen des weiteren Vorgehens <p>Anpassungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das individuelle, einzelbetreute Setting wurde mit einer Gruppe ersetzt, die von ein*er Psycholog*in sowie ein*er Ergotherapeut*in geleitet wurde. (Ziel: soziale Interaktion wird gefördert, Kosten werden gesenkt) - Die Sessions waren 2 Stunden lang, statt wie im Manual eine Stunde, um individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden - Die Module waren flexibel, je nachdem was die Teilnehmer*innen gerade brauchten wurde ein anderes Modul als im Modul vorgegeben, angeboten - Die Teilnahme der caregiver wurde von sechsmal auf dreimal gesenkt, es wurde jedoch einmal wöchentlich telefonisch Kontakt mit Ihnen aufgenommen - Zusätzlich übten sie Alltagsaufgaben, um den Transfer der erlernten Strategien zu erleichtern (PQRST – Methode) <p>Kommentar: Diese Methode könnte gut in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden, sofern die Möglichkeit einer Gruppe besteht und die Zusammenarbeit mit ein*er Psycholog*in gewährleistet ist)</p>
---	--

<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p> <p>Ware(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p> <p>ANOVA, sowie andere parametrische und nonparametrische Tests wurden angewendet. Je nachdem ob die Variablen normalverteilt oder nicht normal verteilt waren. Um eine annähernd normale Verteilung zu erreichen, wurde eine «inverse normal transformation» (INT) durchgeführt. Alle Tests wurde zweistufig geführt.</p> <p>Es gibt in der Studie eine grosse Anzahl von Ergebnissen mit unterschiedlichen Arten von Variablen, daher ist ANOVA geeignet.</p> <p>Für die Gruppenvergleiche wurden der Mann Whitey U-Test verwendet und für</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Die Teilnehmer*innenzahl ist zu klein ($N=16$) um eine allgemeine Aussage zu machen. Signifikante Werte wurden daher kaum gefunden. Die Autor*innen führen dies auf die kleine Teilnehmer*innenzahl zurück. Zwei von drei Skalen, welche die ADL-Fertigkeiten messen, hatten eine moderate bis hohe Effektgrösse. Die Autor*innen gehen deshalb davon aus, dass die Werte bei einer grösserer Stichprobe signifikant gewesen wären. Nur eine der drei Skalen (die B-ADL-Skala) fand erhöhte Werte in der Performanz der ADL. Die Werte der anderen Skalen (NSL–C NSL–P) nahmen ab.</p> <p>Sie erwähnen aber auch, dass die ADL-Fertigkeiten schwierig zu messen seien und die Skalen (v.a. die B-ADL Skala) bekannt sind, bei Demenz eine niedere Sensibilität zu haben.</p> <p>Primäre Ergebnisse:</p> <p>Die ADL-Kompetenz, gemessen mit der B-ADL-Skala erhöhte sich in der Interventionsgruppe im Laufe der Zeit und nahm in der Kontrollgruppe ab, dies jedoch nicht signifikant ($p = 0,109$).</p> <p>Die NSL-Skala bewertet von der Pflegekraft zeigte einen Rückgang der ADL-Kompetenz in beiden Gruppen (nicht signifikant, $p = 0,900$). Die NSL-Patientenbewertungsskala zeigte einen Rückgang in der Interventionsgruppe und eine Zunahme der Kontrollgruppe (nicht signifikant, $p = 0,310$).</p>
---	---

<p>Gendervergleiche der Chi-square test.</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p>■ Ja □ Nein</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p>■ Ja □ Nein</p>	<p>Sekundäre Ergebnisse</p> <p>Die kognitiven Fähigkeiten im Zusammenhang mit dem täglichen Leben, gemessen durch RBMT, CTP, HOTAP-A und HOTAP-C zeigten keine signifikanten Effekte. (Tabelle 3).</p> <p>Die CERAD-Werte zeigten keine signifikanten Werte</p> <p>Signifikante Werte wurden in der selbstbewerteten DemQOL gefunden. Diese nahm bei der Interventionsgruppe zu, während sie bei der aktiven Kontrollgruppe abgenommen hat ($p=0.013$).</p> <p>Keine anderen Domänen zeigten signifikante Effekte. Die Effektgrößen reichten von mittel bis gross (Tabelle 3). Ähnliche Ergebnisse wurden erhalten durch ANOVA-Analysen.</p>
	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Die Studie zeigt in den ADL-Fertigkeiten zwar keine statistisch relevanten Ergebnisse. Jedoch stellten die Autor*innen in einer von drei Skalen, welche die ADL-Fertigkeiten messen, erhöhte Werte nach der Interventionsperiode fest. Sie gehen davon aus, dass bei einer grösseren Teilnehmer*innenzahl die Relevanz gegeben wäre. Da die ADL-Fertigkeiten durch verschiedene Assessments gemessen wurde, kann man davon ausgehen, dass die positiven Werte nicht Assessment abhängig sind.</p> <p>Die Autor*innen stellten weiter fest, dass der Transfer verstärkt unterstützt werden müsste, da die bei Menschen mit Demenz häufig nicht mehr selbstständig funktioniert.</p> <p>Die Autor*innen zeigen auf, dass das Gruppensetting einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität hat.</p>

	<p>Dies haben laut den Autor*innen auch andere Studien bestätigt.</p> <p>Die Studie bestätigt die gute Anwendbarkeit des Gruppenbasierten kognitive Rehabilitation nach dem CORDIAL-Manual, sowie verschiedene Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines Ansatzes der Kognitiven Rehabilitation. Auch zeigen die Autor*innen der Studie die dringliche Notwendigkeit zur Verfeinerung von kognitiven Interventionen für Menschen mit Demenz auf.</p> <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Ja, vier Teilnehmer*innen schieden aus unterschiedlichen Gründen aus der Studie aus.</p> <p>Zwei Teilnehmer*innen brachen die Teilnahme an der Studie kurz vor Start ab.</p> <p>Ein*e Teilnehmer*in entwickelte während der Phase der Intervention schwere Gesundheitsprobleme und ein*e Teilnehmer*in psychische Probleme, worauf beide die Teilnahme abbrachen.</p> <p>Die Daten der Teilnehmer*innen, welche nicht bis zum Schluss an der Studie teilnahmen, wurden nicht in die Bewertung miteinbezogen.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Studie fand klare Evidenz, dass Gruppentherapien einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz haben.</p>

<p>■ Ja</p> <p>□ Nein</p>	<p>Limitationen: Positive Effekte von kognitiver Rehabilitation konnten festgestellt werden, jedoch waren diese nicht statistisch relevant. Dies unter anderem aufgrund der kleinen Stichprobenrösse. Das CORDIAL-Manual müsste laut den Autor*innen noch verändert werden, um bessere Resultate zu erzielen.</p> <p>Klar ist auch, dass der Transfer von trainierten Funktionen in den Alltag bei Menschen mit Demenz erschwert ist und dieser vermehrt unterstützt werden müsste.</p> <p>Für die Praxis bedeutet dies, dass kognitive Rehabilitation durchaus angewendet werden kann. Das CORDIAL-Manual müsste jedoch noch angepasst werden und der Transfer in den Alltag müsste verstärkt unterstützt werden.</p>
---------------------------	--

Hauptstudie 2 – Rehabilitation

Formular zur kritischen Besprechung quantitative Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

A retrospective study of a multicomponent rehabilitation programme for community-dwelling persons with dementia and their caregivers. British Journal of Occupational Therapy, 81(1), 5–14. (Cornelis et al., 2018)

Tabelle mit Ergebnissen

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? In Belgien gründete das NIHDI (National Institut for Health and Disability) im Jahre 2011 10 “Memory Kliniken”, welche das Ziel verfolgen, Demenzerkrankte und deren Angehörigen so zu betreuen, dass die Menschen mit Demenz so lange wie möglich zu Hause leben können. Dazu wird in diesen Kliniken ein Multikomponentenprogramm angeboten, welches zum Ziel hat, die ADL, die Lebensqualität sowie die Stimmung zu verbessern. Zudem sollen diese Kliniken die Angehörigen entlasten. Das Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob das Mehrkomponenten Rehabilitationsprogramm positive Ergebnisse zur Verbesserung der ADL, der Lebensqualität, sowie der Stimmung erzielen konnte und ob eine Verringerung der Belastung der Betreuer stattgefunden hat. Die Studie zeigt also Ergebnisse der kognitiven Rehabilitation aus einem echten Setting. Diese Ergebnisse sind relevant für die Beantwortung der Fragestellung, gerade weil sie aus einem Real-life-
---	--

	<p>Setting stammen und über mindestens ein Jahr erhoben wurden.</p> <p>Das Programm ist sehr vielseitig und deckt verschiedene Bereiche des Lebens ab. Dies ist für die Ergotherapie unter anderem deswegen interessant, da die Ergotherapie dies auch als Schwerpunkt ihrer Arbeit definiert. Zu sehen, ob dieser Ansatz positive Effekte zeigt ist relevant.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Demenz ist eine immer stärker verbreitete Krankheit. Sie hat einen Einfluss auf verschiedene Domänen des Lebens, wie zum Beispiel die Kognition, die Lebensqualität sowie ADL. Zudem hat die Krankheit auch einen direkten Einfluss auf das Umfeld der betroffenen Menschen mit Demenz.</p> <p>Die Autor*innen der Studie geben verschiedene Studien an, welche vielversprechende Resultate von nichtpharmalogischen Interventionen gefunden haben. Obwohl abschliessende Evidenz noch fehlt, werden trotzdem vermehrt solche Angebote in der Praxis angewendet. Das NIHDI wurde auf diese Interventionen aufmerksam und eröffnete Memorykliniken, in welchen multikomponente Rehabilitation, also verschiedene Interventionen kombiniert, anbietet.</p> <p>Die Notwendigkeit dieser Studie ist es, ein bestehendes Programm auf dessen Wirksamkeit zu untersuchen.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p>

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kohortenstudie <input type="checkbox"/> Einzelfall-Design ■ Vorher-Nachher-Design <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="checkbox"/> Querschnittstudie <input type="checkbox"/> Fallstudie 	<p>Diese Studie ist eine retrospektive Studie «pre-test-post-test Studie» ohne eine Kontrollgruppe. Untersucht wurde die erste Kohorte von Menschen mit Demenz und ihren Betreuern, die an dem Mehrkomponenten-Rehabilitationsprogramm von der Memoryklinik der «Universitair Ziekenhuis Brussel» (Belgien) teilgenommen haben.</p>
	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Es gab viele Drop-outs, welche nicht mehr an der Studie teilnehmen wollten, was dazu führen kann, dass schlussendlich nur motivierte Teilnehmende teilgenommen haben. Die Drop-outs hatten signifikant höhere kognitive Einschränkungen. Dass die Drop-outs eine höhere kognitive Einschränkung hatten, könnte zeigen, dass das Programm vor allem bei milder/moderater Demenz angewendet werden kann. Die Drop-outs begünstigen die Outcomes der Programms, da dadurch vor allem kognitiv fittere Klient*innen teilnahmen</p> <p>Kontaminierung:</p> <p>Gleichzeitig andere Interventionen konnten nicht verhindert werden, da alle Teilnehmenden ambulant betreut wurden. Da die Studie im Nachhinein erstellt wurde, kann dies nicht überprüft werden. Falls weitere Therapien in anspruch genommen wurden, begünstigt dies die Outcomes des Programmes, da zusätzlich noch andere Aspekte trainiert wurden.</p> <p>Zeitraum: In einem Jahr kann die Demenz stark fortschreiten, dies muss in die Auswertung einfließen.</p> <p>Alle Teilnehmende wurden am selben Ort und vom selben Team betreut.</p>

<p>STICHPROBE N=30, davon 22 bis zum Schluss</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p>■ Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entfällt</p> <p>Es wurden nur diejenigen miteinbezogen, die willig waren, an der Studie teilzunehmen.</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Die Teilnehmenden waren Menschen mit Demenz, welche noch zu Hause wohnten und deren Betreuer.</p> <p>30 Menschen mit Demenz und deren Betreuungspersonen nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmenden waren zwischen 53 und 89 Jahre alt (Durchschnitt 75.9) und hatten einen durchschnittlichen MMSE-Score von 22.6 (von 13-29).</p> <p>Die Kriterien für die Teilnahme am Programm waren vom NIHDI wie folgt definiert:</p> <p>(1) Teilnehmende werden durch ein*e Neurolog*in oder Geriater*in mit Demenz diagnostiziert</p> <p>(2) Die informelle Pflegekraft sollte anwesend sein und dem Beitritt zustimmen</p> <p>(3) Es wird erwartet, dass die betroffene Person mit Demenz noch mindestens ein Jahr zu Hause leben kann</p> <p>Es wurde niemand zu Teilnahme gezwungen. Wenn eine Person mit Demenz keinen Bedarf an Unterstützung oder Information hatte, wurde sie nicht in der Studie eingeschlossen.</p> <p>Es gab keine Vergleichsgruppe, da die Studie retrospektiv durchgeführt wurde.</p> <p>➔ Sehr kleine Stichprobe, Grösse der Stichprobe wurde nicht begründet</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Diese retrospektive Studie wurde von einer Ethikkommission genehmigt. Alle Daten wurden als</p>
--	--

	<p>Routineteil des, vom NIHDI in Auftrag gegebenen Programms gesammelt.</p> <p>Retrospektive schriftliche Einverständniserklärungen waren nicht erforderlich.</p>	
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben </p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben </p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p> <p>Assessements (mit dem Menschen mit Demenz sowie der betreuenden Person) wurden in der ersten Einheit der ersten Phase und am Ende der Intervention durchgeführt.</p> <p>Die Messinstrumente wurden von den Autor*innen jeweils mit Literaturangaben hinterlegt, welche deren Reliabilität und Validität belegen. Wenn nichts anderes angegeben wird, sind die Assessements reliabel und valide.</p> <p>Outcome Bereiche Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>	
	Handlungsfähigkeit	<p>belgische Version der ADL-Skala nach Katz et al. (1970)</p> <p>Instrumental Activities of Daily Living (IADL) nach Lawton und Brody 1969</p> <p>a-ADL-Tool mit den Unterskalen: AADL-DI, AADL-CDI, AADL-PDI (Zur Validität dieses Assements haben die Autor*innen der Studie nichts angegeben, jedoch sei dieses Messinstrument als einziges nicht reliabel.)</p>

	Kognitive Funktionen	MMSE
	Stimmung / Lebensqualität	QoL-AD Geriatric Depression Scale, GDS 15 NPI-Q
	Belastung der Angehörigen	Zarit Burden Inventory, ZBI
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben </p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input type="checkbox"/> Entfällt </p> <p>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Nicht angegeben <input type="checkbox"/> Entfällt </p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Das Mehrkomponenten-Rehabilitationsprogramm entspricht der Definition der kognitiven Rehabilitation dieser Arbeit.</p> <p>Das Mehrkomponenten-Rehabilitationsprogramm dauert maximal 1 Jahr, mit maximal 25 Beratungsgesprächen, darunter mindestens zwei obligatorische Hausbesuche. Die Anzahl der Einheiten ist abhängig von den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz. Eine Einheit dauerte normalerweise bis zu einer Stunde und kann individuell oder gemeinsam mit dem Menschen mit Demenz und der betreuenden Person durchgeführt werden. Verschiedene Health Professionals nahmen am Programm teil. Dazu gehörten: Ein*e Geriater*in, ein*e Neurolog*in, ein*e Ergotherapeut*in, ein*e Sozialarbeiter*in, eine Person mit einer domänenspezifischen Ausbildung in der Pflege und ein*e Psycholog*in.</p> <p>Das Programm besteht aus drei Phasen.</p> <p>In der ersten Phase - Bewertung und Zielsetzung – ging es darum, die Bedürfnisse und Möglichkeiten der</p>	

	<p>Teilnehmende zu beurteilen, sowie individuelle Ziele zu setzen. Ziele könnten zum Beispiel sein: «Ich kann mein eigenes Frühstück zubereiten» (Menschen mit Demenz) oder «Ich weiss, wie ich meinen Partner bei der Durchführung von Aktivitäten unterstützen kann» (Betreuende Person)</p> <p>Diese Phase besteht laut NIHDI aus zwei Einzelsitzungen</p> <p>mit dem Menschen mit Demenz und der Pflegekraft getrennt und mindestens einem Hausbesuch.</p> <p>In der zweiten Phase - Rehabilitation – finden die Interventionen statt.</p> <p>ADL wurden mit Personen mit Demenz trainiert. Zudem wurden kompensatorische Strategien entwickelt sowie Umweltanpassungen durchgeführt.</p> <p>Die Betreuenden wurden in verhaltensspezifischen sowie kognitiven Strategien geschult, damit sie ihren Angehörigen grösstmögliche Autonomie gewährleisten können.</p> <p>Zusätzlich wurden auch Hilfsmittel abgegeben.</p> <p>Diese Phase beinhaltete mindestens eine Sitzung der Psychoedukation, einen Hausbesuch, sowie mindestens eine Beratungssitzung mit ein*er Sozialarbeiter*in. Die Entwicklungen der einzelnen Teilnehmenden wird monatlich an einem Interdisziplinärem Rapport besprochen.</p> <p>In der dritten Phase - der Bewertungsphase – wurden die Ziele ausgewertet und anhand verschiedener Assessments beurteilt.</p> <p>Die Durchführung dieses Programms benötigt sehr viele Ressourcen und eine spezielle Ausgangslage. Es bräuchte eine Verschreibung der Therapie für mindestens ein Jahr sowie passenden Räumlichkeiten.</p>
--	---

	<p>Zusätzlich müsste die Zusammenarbeit mit anderen Professionen gewährleistet sein, um das Programm so umzusetzen wie vorgeschlagen.</p> <p>Wenn es ein ähnliches Format wie die «Memory Kliniken» in der Schweiz geben würde, wäre diese Intervention aber gut denkbar.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input type="checkbox"/> Entfällt </p> <p>Ware(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben </p> <p>Für ordinale Daten wurde der Mann-Whitey U-Test benutzt, für kategorische Daten der Fisher's exact test. Mit dem «Wilcoxon signed rank test» wurden die Daten, die vor der Intervention erhoben wurden mit den Daten die nach der Intervention erhoben wurden, verglichen.</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Ursprünglich wurden Daten von 30 Demenzerkrankte im Alter von 53 – 89 Jahren und deren Angehörigen, welche zu 80% die (Ehe-)Partner waren, untersucht. 22 Paare waren bis zum Schluss des Programmes dabei, durchschnittlich besuchten sie ca. 15 Einheiten. Die meistbesuchte Einheit war die Ergotherapie, die psychologische Betreuung war am zweitmeisten besucht. Ein Paar absolvierte das Programm mit weniger als 10 Sitzungen.</p> <p>Nach dem Jahr, in dem die Intervention durchgeführt wurde, konnte ein signifikanter Rückgang der kognitiven Leistung gemäss MMSE ($p: 0.046$) festgestellt werden. Auch das tägliche Funktionieren nach BADL, IADL und nach dem Katz-Index ($p: 0.001$) und der Lawton-Skala ($p: 0.048$) zeigten am Ende des Programms signifikant mehr Einschränkungen. Auch die Werte aller drei Unterskalen des AADL-Tools verschlechterten sich, jedoch nur in einer Skala signifikant (AADL-CDI). Die QoL-AD zeigte dagegen eine signifikante Verbesserung in der Lebensqualität der Menschen mit Demenz nach Teilnahme am Programm mit mässiger Effektgrösse. In den Bereichen</p>

<p><input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>der emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Ausgangswert und am Ende des Programms festgestellt werden.</p> <p>Bei den Betreuern zeigten die emotionale Belastung nach NPI-Q und die Belastung der Betreuer nach ZARIT-BI keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Beginn des Programms und nach einem Jahr.</p> <p>Beim Grossteil der beteiligten Menschen mit Demenz wurde eine Verschlechterung der Kognition sowie der ADL festgestellt, jedoch konnten in den Bereichen Lebensqualität (QoL-AD), Depression (GDS-15), Verhaltensauffälligkeiten (NPI-Q) sowie der Belastung der Angehörigen (ZARIT-BI) in mehr als 60% der Fälle einen positiven Effekt festgestellt werden.</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Auch wenn nur in der Kognition signifikante Effekte gefunden wurden, argumentieren die Autor*innen, dass die Werte in anderen Kategorien dennoch wichtige Aussagen machen.</p> <p>Ein Grossteil der Angehörigen hat zwar keine Verbesserung in der Belastung festgestellt, jedoch blieb der Grad der Belastung über das Jahr hinaus bei mehr als 63% gleich. Die Autoren*innen der Studie erwähnen, dass die Belastung normalerweise mit der Zeit stärker wird. Aus diesem Grund kann dieser Aspekt als positiv gewertet werden, auch wenn keine statistische Signifikanz der Verbesserung feststellbar ist. Ähnliches gilt für die Verhaltensauffälligkeiten, welche bei fast 60% stabil blieben, auch dies werten die Autoren*innen der Studie als positives Ergebnis.</p>
---	--

	<p>Die Kognition sowie die Fertigkeiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens nahmen bei ca 70% der Teilnehmenden ab. Dies ist laut den Autoren*innen der Studie aufgrund der fortschreitenden Krankheit zu erwarten. Die starke Abnahme kann aber laut den Autoren*innen der Studie auch damit zusammenhängen, dass ein Rehabilitationsprogramm die Sensibilität der Teilnehmenden erhöht und sie sich deshalb nach einem Jahr eher schlechter einschätzen. Durch das Programm werden die Teilnehmenden über «home care services» informiert, dies kann zur Folge haben, dass die Teilnehmenden Aktivitäten zwar mit Hilfe aber dafür besser ausführen können. Dies wird aber in den verwendeten Assessments als negativer eingestuft.</p>
	<p>Schieden Teilnehmende aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Von ursprünglich 30 Teilnehmer*innenpärchen (Menschen mit Demenz und pflegende Person) schieden 8 aus. Gründe dafür waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menschen mit Demenz wollten nicht mehr an der Studie teilnehmen (2) - Pflegende Person wollte nicht mehr an der Studie teilnehmen (2) - Tod des Menschen mit Demenz (1) - Tod der pflegenden Person (2) - Transportprobleme (1) <p>Die Drop-outs wurden mit den verbleibenden Teilnehmer*innen verglichen. Ausser bei dem die AADL-CDI (Cognitive Disability Index), bei welchem die Dropouts deutlich schlechter abschnitten, konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.</p>

<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p>■ Ja</p> <p>□ Nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die hohe Drop-out-Rate (fast 30%) wurde mit anderen Studien verglichen und als begründbar eingestuft. Daraus, dass hauptsächlich Personen mit höheren kognitiven Einschränkungen ausstiegen, schliessen die Autor*innen der Studie, dass es bei Menschen mit Demenz sehr wichtig ist, genügend früh Interventionen anzubieten.</p> <p>Einschränkungen der Studie sind hauptsächlich die kleine Stichprobe, die fehlende Kontrollgruppe sowie die hohe Drop-out-Rate. Ausserdem ist die Studie retrospektive entstanden, was die Bewertung der Validität und der Reliabilität erschwert. Die Autor*innen der Studie sind sich dieser Fehler bewusst und berücksichtigen diese in der Auswertung der Ergebnisse.</p> <p>Grundsätzlich scheinen die Resultate vielversprechend, die Autor*innen der Studie empfehlen jedoch vertiefte Untersuchungen mit Kontrollgruppen und Interviews.</p>
---	---

Hauptstudie 3 – Stimulation

Formular zur kritischen Besprechung quantitative Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

A pilot study on behavioral and cognitive effects of Cognitive Stimulation Training based on 3R Mental Stimulation. The Treviso Dementia (TREDEM) Study

Spagnolo et al., 2015

Tabelle mit Ergebnissen

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Die Anwendung der Kognitiven Stimulation ist bei der Behandlung von Menschen mit Demenz weit verbreitet. Das 3R Programm ist eine Behandlungsmethode, welche der kognitiven Stimulation zugeordnet wird. Sie besteht aus einer Kombination der folgenden Therapieansätze: Realitätsorientierungstraining (ROT), Reminiszenztherapie und Remotivationstherapie. Diese Ansätze werden innerhalb einer Therapiesequenz kombiniert angewendet. In dieser Studie soll untersucht werden, ob das 3R Programm einen positiven Effekt auf die kognitive Funktion, die Autonomie (ADL, IADL) und die Verhaltensstörungen der Demenz, sowie die Belastung der Betreuungspersonen hat. ➔ Die Erforschung des Effektes von kognitiver Stimulation auf die Autonomie bei ADL und IADL Fertigkeiten ist relevant für unsere Forschungsfrage.
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. In der Studie wird man ins Thema kognitive Stimulation bei Menschen mit Demenz eingeführt.

<p>■ Ja</p> <p>□ Nein</p>	<p>Die Hintergrund-Literatur wird für die einzelnen Bestandteile des 3R Programms (ROT, Reminiszenztherapie und Remotivationstherapie) separat beschrieben. Einerseits werden die einzelnen Bestandteile – wie oft bei quantitativen Studien – nur knapp beschrieben. Andererseits werden Studien angegeben, welche die positiven Effekte auf Kognition, Stimmung und Lebensqualität untersuchen und belegen.</p> <p>Für das 3R Programm erwähnen die Autor*innen, dass es nur wenig bestehende Literatur gibt; eine einzige Studie wird erst im Diskussionsteil angegeben. Die entsprechende Studie beschreibt bessere Effekte des 3R Programms im Vergleich zur ROT.</p> <p>Damit ist die Relevanz für zusätzliche Untersuchungen im Bereich des 3R Programms ausreichend begründet.</p>
<p>DESIGN</p> <p>□ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p>□ Kohortenstudie</p> <p>□ Einzelfall-Design</p> <p>□ Vorher-Nachher-Design</p> <p>□ Fall-Kontroll-Studie</p> <p>□ Querschnittstudie</p> <p>□ Fallstudie</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Die Studie ist keinem der Designs eindeutig zuordenbar. Die Autor*innen beschreiben die Studie als retrospektive Beobachtungsstudie mit einer Teilnehmer*innengruppe. Dabei wird eine sekundäre Analyse mit bestehenden Daten einer vorherigen Studie (TREDEM) von Gallucci et al. (2012) durchgeführt. Die Analyse vergleicht dabei Mittelwerte aus Messungen vor und nach der Intervention. Dieser Ansatz ist vergleichbar mit dem Vorher-Nachher-Design. Da es sich um Daten aus einer bestehenden Studie handelt, ist jedoch das prospektive Element des Vorher-Nachher-Designs nicht erfüllt.</p> <p>Beim Vorher-Nachher-Design fehlt eine Kontrollgruppe. Deshalb ist das Design laut Ritschl et al. (2016) sehr anfällig für Störvariablen. Es ist nicht möglich, zu messen, ob die Veränderungen tatsächlich nur auf die Intervention</p>

	<p>zurückzuführen sind (Kausalität). Die Veränderungen können sich beispielsweise auch aufgrund des Krankheitsverlaufs (Demenz als degenerative Erkrankung) oder aufgrund von anderen Faktoren (z.B. geändertes Umfeld, Medikamente) ergeben.</p>
	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p><u>Systematische Fehler bei der Stichprobe/Auswahl:</u></p> <p>Ein Einschlusskriterium der vorliegenden Studie war, dass auch die Betreuungsperson des Klient*innen mit Demenz bei den Gruppensitzungen der kognitiven Stimulation teilnimmt. Die Autor*innen erwähnen, dass viele Betreuungspersonen das Angebot der Teilnahme ablehnten, da sie keine Zeit dafür hatten. Demzufolge hatten die teilnehmenden Betreuungspersonen mehr Zeit und waren auch bereit etwas zum Gelingen der Behandlung beizutragen (z.B. indem sie zu Hause das Training fortsetzten). Das könnte die Resultate in eine positive Richtung verzerren.</p> <p><u>Systematische Fehler bei Massnahmen/ Durchführung:</u></p> <p>25 der 36 Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie erhielten neben der kognitiven Stimulation auch medikamentöse Therapie. Dies entspricht der Mehrheit der Teilnehmende und könnte demnach das Studienergebnis positiv beeinflussen. Die Autor*innen berücksichtigen diese Einwirkung mit einer entsprechenden zusätzlichen Variablen. Die Autor*innen beziehen sich jedoch mehrheitlich auf die Ergebnisse ohne die Zusatzvariable. Erst im Diskussionsteil werden die Ergebnisse mit dieser Berücksichtigung erwähnt. Ob die Teilnehmenden noch weitere zusätzliche Therapien hatten ist nicht beschrieben.</p>

	<p>Die Teilnehmende der kognitiven Stimulation nahmen insgesamt bei 14 Gruppentreffen, welche zwei Mal pro Woche stattfanden. Demzufolge dauert die Behandlung 7 Wochen. Es könnte sein, dass nach dieser kurzen Behandlungsdauer die Intervention noch keine erkennbare Wirkung zeigt.</p>
<p>STICHPROBE N= 36</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p>■ Ja □ Nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p>□ Ja □ Nein ■ Entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Die Autor*innen rekrutierten alle 36 Teilnehmenden aus einer bereits bestehenden Studie von Gallucci et al. (2012). Gallucci et al. (2012) erhob Daten von 1'364 Patienten des Cognitive Impairment Zentrums des Treviso General Spitals. Alle Teilnehmer*innen der Studie nahmen beim Training der kognitiven Stimulation basierend auf dem 3R Programm teil. Zudem mussten die Menschen mit Demenz und deren Angehörigen bereit sein beim 3R-Programm teilzunehmen.</p> <p>Unklar bleibt, wie der Zusammenhang zur Studie von Gallucci et al. (2012) ist. In der Studie wird beschrieben, dass eine sekundäre Datenanalyse mit bereits erwähnten Daten erhoben wurde. Es bleibt jedoch unklar, ob die Autor*innen bei der Erhebung der Daten involviert waren und diese im Rahmen der Studie von Gallucci et al. (2012) vorgenommen haben. In der Studie steht, dass die Daten von Gallucci et al. (2012) ein zweites Mal analysiert wurden. Andere Aspekte, wie zum Beispiel die Schilderungen zu den Schwierigkeiten der Rekrutierung der Teilnehmenden deuten darauf hin, dass die Autor*innen bereits zu Beginn der Studie involviert waren.</p> <p>Die Stichprobe besteht aus 36 Klient*innen. Eingeschlossen wurden Klient*innen mit verschiedenen Formen der Demenz, einem MMSE Totalergebnis von >17 Punkten und mit der Fähigkeit schriftlich und mündlich zu kommunizieren. Ausgeschlossen wurden</p>

	<p>Klient*innen mit einer Psychose, starken Verhaltensstörungen, starken Hör- und Seheinschränkungen und Komorbiditäten. Eine Tabelle mit Daten zum Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Zivilstand, Diagnose und medikamentöser Therapie liefert eine detaillierte Beschreibung der Zusammensetzung der Stichprobe.</p> <p>Eine Stichprobe von 36 Teilnehmenden ist klein, was zu einer geringeren Aussagekraft der Ergebnisse führt. Die Stichprobengrösse ergab sich aus den Gegebenheiten. Im Diskussionsteil begründen die Autor*innen die kleine Grösse mit der begrenzten Verfügbarkeit an Teilnehmenden.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Das Protokoll der Studie von Gallucci et al. (2012) wurde von der Ethikkommission der Provinz Treviso genehmigt. Zudem stimmten alle Teilnehmer*innen, oder falls nötig deren Angehörige, der Teilnahme schriftlich zu.</p>
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p> <p>Bei allen Teilnehmenden wurde eine multidimensionale Messung, bestehend aus soziodemographischen und klinischen (kognitiven, Verhaltens-, neurologische, funktionelle, physische) Aspekten, durchgeführt. Komorbiditäten wurden mittels CIRS Index untersucht. Die klinische Vorgeschichte wurde von der Familie der Klient*innen und/oder deren Betreuungspersonen zusammengetragen.</p> <p>Die Messungen wurden vor der Intervention und danach von einem Neuropsychologen durchgeführt.</p>

	Die Autor*innen beschreiben die Reliabilität und Validität der verwendeten Assessments in der Studie nicht explizit. Die Messinstrumente sind jedoch mit Literaturangaben hinterlegt, welche deren Reliabilität und Validität belegen.	
	Outcome Bereiche	Listen Sie die verwendeten Messungen auf
	Handlungsfähigkeit (ADL, IADL)	Basic Activity of Daily Living (ADL) nach Katz et al. (1963) Instrumental Activity of Daily Living (IADL) nach Lawton und Brody (1969)
	Kognitive Funktionen	Mini Mental State Examination (MMSE) nach Folstein (1975)
	Stimmung	Geriatric Depression Scale (GDS)
	Belastung der Angehörigen	Neuropsychiatric Inventory (NPI) Neuropsychiatric Inventory Distress (NPI distress)
MASSNAHMEN Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben Wurde Kontaminierung vermieden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input checked="" type="checkbox"/> Entfällt Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden?		Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden? Das 3R Programm umfasste eine Serie von 14 Gruppensitzungen, die zwei Mal pro Woche stattfanden. Sie wurden in den Jahren 2009-2013 durchgeführt. Bei jeder Gruppe nahmen vier Klient*innen mit je einer Betreuungsperson teil. Die Angehörigen nahmen an den Sitzungen teil, um die kognitive Stimulation nach den 14 Gruppen Sitzungen fortsetzen zu können. Im Einleitungsteil der Studie wird lediglich beschrieben, dass das 3R Programm Sequenzen der Methoden ROT, Reminiszenztherapie und Remotivationstherapie beinhaltet und das während derselben Therapiesitzung.

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input checked="" type="checkbox"/> Entfällt	<p>Die Ziele dieser drei Therapiemethoden sind in der Einleitung beschrieben. Beim ROT Ansatz ist das Ziel die Orientierung der Klient*innen mit Stimulation der repetitiven Orientierung der Umwelt zu fördern. Bei der Reminiszenztherapie werden die kognitiven Funktionen durch Erinnerungen der Vergangenheit und autobiographischen Erfahrungen trainiert, um die Beziehung zu einem selbst zurück zu gewinnen. Beim Ansatz der Remotivationstherapie eine Brücke zwischen den Klient*innen und der Realität zu bilden, damit die Klient*innen sich mehr als Teil der Welt fühlt.</p> <p>Dennoch fehlen genaue Angaben zum inhaltlichen Ablauf der Therapiesitzungen. Auch die Angabe eines Manuals fehlt. Aus der Studie ist zudem nicht ersichtlich, wie lange eine einzelne Gruppenintervention dauerte. Deshalb können die Massnahmen schwer auf gleiche Weise in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden. Ausserdem ist unklar, wer die Interventionen durchgeführt hat und ob es sich jeweils um dieselbe Person handelte. Aus diesem Grund sind die Massnahmen nicht ausreichend beschrieben.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entfällt <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <p>War(en) die Analysemethoden geeignet?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Die Autor*innen legen im Ergebnisteil die Resultate der statistischen Analysen in einer Tabelle dar. Es wurden zwei Verfahren angewandt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einerseits wurden die Mittelwerte vor und nach der Intervention mittels t-Test verglichen. Die Kog-

<p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben Wurde die klinische Bedeutung angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein </p>	<p> nition (MMSE-Score) der Teilnehmende, gemessen nach der kognitiven Stimulation, zeigt ein signifikantes Wachstum ($t = 2,05$, $p = 0,048$). Auch die Autonomie in den Grundtätigkeiten des täglichen Lebens (ADL-Score) stieg nach der CS-Behandlung signifikant an ($t = 2,04$, $p = 0,048$), während keine signifikanten Unterschiede bei den I-ADL-Fertigkeiten gemessen werden konnte. Die psychologischen Symptome der Demenz (NPI FxG-Score) zeigte eine signifikant positive Veränderung bei den Teilnehmer*innen nach dem 3R-Programm mit einem p-Wert von $<0,001$ ($t = -3,78$). Beim Level der Depression/ Verstimmung (GDS-Score) wurde nach der Intervention auch eine Verbesserung gemessen, jedoch war der Unterschied nicht statistisch signifikant. </p> <ul style="list-style-type: none"> • Andererseits wurde eine multivariate Analyse durchgeführt, um zusätzlich den Effekt der medikamentösen Therapie zu berücksichtigen. Dabei zeigte sich, dass die Verbesserungen nur für die psychologischen Symptome der Demenz (NPI FxG-Score) eine signifikante Verbesserung aufwiesen. Die Veränderung in den übrigen Variablen ist unter Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung nicht signifikant. <p> ➔ Die Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung scheint den Verfasserinnen zentral, um den reinen Effekt der Intervention zu bestimmen. Weshalb diese Arbeit bei der Analyse der Resultate auf den Ansatz der multivariaten Analyse (mit Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung) fokussiert. Die Autor*innen der Studie beziehen ihre Diskussion der Ergebnisse hingegen hauptsächlich auf die t-Test Analyse. Die Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung wird erst bei den Limitationen im Diskussionsteil behandelt. </p>
--	---

	<p><u>Eignung der Analysemethoden:</u></p> <p>Gemäss Ritschl et al. (2016) wird der t-Test zum Vergleich von zwei Stichproben benutzt. Er zählt zu den parametrischen Tests. Diese werden dann verwendet, wenn ein metrischer Datensatz und eine Normalverteilung bestehen. Dies trifft auf die erhobenen Daten aus der Studie zu, weshalb die Verwendung des t-Tests passend scheint.</p> <p>Um die medikamentöse Behandlung zu berücksichtigen, wurde zusätzlich eine multivariate Analyse durchgeführt. Dies scheint – insbesondere um Effekte von Störvariablen zu eliminieren – sinnvoll. Jedoch wurde das Vorgehen von den Autor*innen nicht genauer erläutert, weshalb die Eignung nicht analysiert werden kann.</p>
	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>In der Studie werden Mittelwerte und Standardabweichungen, bzw. Prozentsätze dargestellt. Die Autor*innen begründen ihre Wahl des Analyseinstruments nicht. In der Studie wurden Durchschnittswerte von Messungen vor und nach der Behandlung verglichen. Der Vergleich erfolgte mittels t-Test. Dies ist eine bewährte Methode um zwei Durchschnittswerte miteinander zu vergleichen. Zusätzlich wurde eine multivariate Analyse durchgeführt, um die Beeinflussung der medikamentösen Behandlung (welche 69,4% der Teilnehmer*innen erhielten) zu berücksichtigen. Eine Kontrollgruppe, welche nur die medikamentöse Therapie erhält, fehlt zum Vergleich.</p> <p>Die Autor*innen erläutern, dass das 3R-Programm die kognitiven Funktionen sowie die Autonomie in den ADL Fertigkeiten verbessern, und die Belastung der Betreuer</p>

	<p>reduzieren kann. Unter Berücksichtigung der medikamentösen Therapie verbesserten sich allerdings nur die Verhaltensstörungen (NPI FxG) signifikant. Dies wird von den Autor*innen nicht im Ergebnisteil, aber im Diskussionsteil erwähnt.</p> <p>Die Autor*innen führen die Effekte besonders auf die Kombination der drei Methoden der kognitiven Stimulation zurück. Dabei fördern die drei Methoden unterschiedliche Aspekte: Das ROT verbessert die zeitliche und räumliche Orientierung des Menschen mit Demenz. Die Reminiszenztherapie fördert die familiäre Atmosphäre in der Gruppe und stimuliert die sprachlichen Fertigkeiten; Die Remotivationstherapie fördert die Interaktion zwischen Klient*innen und ihren Betreuungspersonen und reduziert deren Belastung.</p> <p>Die Autor*innen der Studie betrachten den Einbezug der Betreuungspersonen in die Therapien als Vorteil. Damit kann die kognitive Stimulation über den Therapiezeitraum durch die Betreuungspersonen verlängert werden. Die Betreuungspersonen lernten ausserdem Strategien für den Umgang mit schwierigen Situationen im Zusammenhang mit Demenz.</p> <p>Schieden Teilnehmer*innen aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>In der Studie werden von keinen Teilnehmenden berichtet, die ausschieden. Grund dafür könnte die retrospektive Untersuchung sein.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p>

<p>Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Im Diskussionsteil der Studie präsentieren die Autor*innen die Wirksamkeit bezüglich Kognition, ADL-Fertigkeiten und Belastung der Betreuungspersonen. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant, wenn man die Variable der medikamentösen Therapie berücksichtigt. Einzig die Verhaltensstörungen zeigen sich auch unter Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung signifikant reduziert. Demzufolge wäre es möglich, dass die Medikamente den entscheidenden Beitrag zum signifikanten Ergebnis waren. Die Fokussierung der Autor*innen auf die t-Test Analyse ohne Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung liefert keine angemessenen Schlussfolgerungen.</p> <p>Die Studie weist weitere Limitationen auf, welche von Autor*innen beschrieben werden: Zu den hauptsächlichen Begrenzungen zählt auch die kleine Stichprobengrösse. Laut den Autor*innen war es schwierig Teilnehmer*innen zu finden, da die Durchführung für die Betreuungspersonen mit grossem Zeitaufwand verbunden war. Weiter wurde keine Follow-up Messung durchgeführt, um die Langzeitwirkung der Behandlung zu untersuchen. Auch wurden keine Daten der Betreuungspersonen gesammelt.</p> <p>Eine weitere Limitation aus Sicht der Verfasserinnen ist die kurze Behandlungszeit. Es wäre möglich, dass diese nicht ausreichte, um seine Wirkung zu zeigen.</p> <p>Neben den in diesem Abschnitt erwähnten hauptsächlichen Limitationen wurden weitere Begrenzungen bereits in den jeweiligen Themen aufgeführt.</p>
--	---

Hauptstudie 4 – Stimulation

Formular zur kritischen Besprechung quantitative Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL:

A pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive stimulation in patients with Alzheimer's disease

D'Onofrio et al., 2014

Tabelle mit Ergebnissen:

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit einer kombinierten Behandlung mit dem transdermalen Rivastigmin-Pflaster (RTP) und der kognitiven Stimulation bei Klient*innen mit einer Demenzerkrankung zu untersuchen. Die Wirksamkeit wird im Hinblick auf das Sterberisiko, den funktionellen Status (ADL und IADL Fertigkeiten), sowie die kognitiven, depressiven und neuropsychiatrischen Symptome beurteilt. ➔ Die Erforschung des Effektes von kognitiver Stimulation auf die Handlungsfähigkeit (ADL/IADL) ist zentral für unsere Forschungsfrage.
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. Die Autor*innen geben verschiedene Studien zur Wirksamkeit von kognitiver Stimulation, von medikamentöser Behandlung als auch einer Kombination der beiden Ansätze an. Bei der kognitiven Stimulation gibt es generell Evidenz für eine Verbesserung

	<p>der kognitiven und neuropsychologischen Symptome. Die Autor*innen fügen jedoch an, dass die Vergleichbarkeit zwischen den Studien aufgrund der unterschiedlichen kognitiven Interventionen, der verschiedenen Interventionsdauern oder der kleinen Stichprobengrösse nur bedingt gegeben ist. Auch die medikamentöse Behandlung und die Kombination aus kognitiver Intervention und Medikation haben positive Effekte.</p> <p>Es werden auch relevante Studien und eine kurze Beschreibung der kognitiven Stimulation als Therapieansatz angegeben.</p> <p>Die Autor*innen begründen die Notwendigkeit der Studie, mit ihrer Erweiterung der Messung der Effekte von RTP und kognitiver Intervention nicht nur auf die kognitiven Symptome, sondern auch auf den funktionellen Status (ADL und IADL Fertigkeiten) und das Sterberisiko.</p>
<p>DESIGN</p> <p>■ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelfall-Design</p> <p><input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="checkbox"/> Querschnittstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Fallstudie</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Beim Studiendesign handelt es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT). Die Teilnehmer*innen werden nach dem Zufallsprinzip einer von zwei Behandlungsgruppen zugewiesen. Die Interventionsgruppe erhält eine Behandlung der kognitiven Stimulation in Kombination mit dem transdermalen Rivastigmin-Pflaster (RTP). Die Kontrollgruppe erhält RTP ohne kognitive Stimulation.</p> <p>Es handelt sich um eine Pilotstudie, die gemäss der Erklärung des World Medical Association 2008 von Helsinki, dem Leitfaden für gute klinische Praxis und Consolidated Standards für Reporting Trials (CONSORT) Statement Leitlinie (Schulz et al., 2010) geführt wurde.</p>

	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p><u>Systematischer Fehler bei Stichprobe/ Auswahl:</u></p> <p>Die Autor*innen informieren, dass es keine Möglichkeit gab, die Interventionsinhalte der zwei Gruppen vor den Teilnehmenden zu verbergen. Die Teilnehmenden wissen also, ob sie sich in der Gruppe, die nur medikamentöse Therapie erhält oder in der Gruppe, die zusätzlich auch kognitive Stimulation erhält, befinden. Dies könnte zur Folge haben, dass die Teilnehmenden der Gruppe, die kognitive Stimulation hat, motivierter sind als die Teilnehmenden der anderen Gruppe. Daraus könnte eine Begünstigung der Behandlung mit kognitiver Stimulation resultieren.</p> <p><u>Systematische Fehler beim Messen/ Ermitteln:</u></p> <p>Bei den Teilnehmenden war eine Verdeckung der Gruppenzugehörigkeit nicht möglich, jedoch konnte man die Zuteilung zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe vor den Ärzten und Psychologen geheim halten, welche die Messungen durchführten. Dadurch konnte verhindert werden, dass durch zusätzliche Aufmerksamkeit bei den Messungen eine Gruppe begünstigt wird.</p>
<p>STICHPROBE N=92</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Die Einschlusskriterien für die Teilnahme waren folgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter über 65 Jahren - Diagnose der Alzheimer Demenz - Fähigkeit eine Zustimmung oder Verfügbarkeit zu geben. <p>Es gab folgende Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose der Vaskulären oder gemischten Demenz

<p>■ Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Entfällt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - bestehende Komorbiditäten - Krebs oder andere Erkrankungen, welche kognitive Beeinträchtigungen verursachen können - Drogenabhängigkeit - Schädelhirntrauma - Konsumierung von psychoaktiven Substanzen - schwere kognitive Beeinträchtigung (MMSE < 10). <p>Nach diesen Ein-und Ausschlusskriterien wurden von 413 Personen, welche auf die Eignung geprüft wurden, 92 Personen in die Stichprobe aufgenommen.</p> <p>Die Teilnehmenden wurden nach dem Zufallsprinzip in zwei ähnlich grosse Gruppen zugeteilt (n=45; n=47).</p> <p>Zur Begründung der Stichprobengrösse wurde die Schätzung der Effektstärke einer bereits veröffentlichten Studie zur kognitiven Stimulation bei Demenz hinzugezogen (Woods et al., 2012). Eine totale Stichprobengrösse von 80 Teilnehmer*innen wurde als ausreichend gross erklärt, um statistisch signifikante Unterschiede zwischen zwei Gruppen messen zu können (bei einem Alpha-Level von 0.05).</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Die Studie wurde vom Ethikkomitee genehmigt. Zudem gaben die Teilnehmer*innen ihre Zustimmung zur Teilnahme an der Studie.</p>
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p> <p>Die Studie führte zwei Mal Messungen durch. Das erste Mal wurden vor der Behandlung demographische Daten zur klinischen und medikamentösen Krankheitsgeschichte, Kognition, Depression/Stimmung gesammelt. Weiter wurde ein neuropsychiatrisches Assessment bestehend aus einem systematischen</p>

<p>■ Ja □ Nein □ Nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p>■ Ja □ Nein □ Nicht angegeben</p>	<p>Interview, klinischer Evaluation und einer Überprüfung der bisherigen ärztlichen Aufzeichnungen durchgeführt. Ein Monat später wurde bei einem Besuch bei den Teilnehmer*innen zu Hause die Reaktion auf die medikamentöse Behandlung mit Rivastigmin bewertet. Nach sechs Monaten wurde eine Nachbeobachtung durchgeführt (follow-up), um die Langzeitwirkung zu beurteilen.</p>	
	<p>Die gewählten Outcomes der Studie sind für die ergotherapeutische Praxis von Relevanz, da insbesondere ADL und IADL Fertigkeiten Kernelemente der Ergotherapie sind und sich auf die Durchführungsqualität (occupational performance) beziehen.</p>	
	<p>Die Autor*innen beschreiben die Reliabilität und Validität der verwendeten Assessments in der Studie nicht explizit. Die Messinstrumente sind jedoch mit Literaturangaben hinterlegt, welche deren Reliabilität und Validität belegen.</p>	
	Outcome Bereiche	Listen Sie die verwendeten Messungen auf
	Handlungsfähigkeit (ADL/ IADL)	<p>Activity of Daily Living (ADL) nach Katz et al., (1970)</p> <p>Instrumental Activities of Daily Living (IADL) nach Lawton und Brody, (1969)</p>
	Kognition	Mini-mental State Examinaton (MMSE) nach Folstein et al. (1975)
	Stadium der Demenz	Clinical Dementia Rating (CDR)
	Neuropsychiatrische Symptome (z.B. Angst, Aggression, Wahnvorstellungen)	Neuropsychiatric Inventory (NPI)
	Belastung der Angehörigen	Neuropsychiatric Inventory-Distress (NPI-D)

	Stimmung	Hamilton Depression Rating Scale with 21 items (HDRS-21) 15-items Geriatric Depression Scale (GDS-15)
	Ernährung	Mini Nutritional Assessment (MNA)
	Risiko Druckstellen zu entwickeln	Exton-Smith Scale (ESS)
	Komorbiditäten	Cumulative Illness Rating Scale Comorbidity Index (CIRS-CI)
	Sterblichkeitsrisiko	Multidimensional Prognostic Index (MPI)
MASSNAHMEN Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben Wurde Kontaminierung vermieden? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input type="checkbox"/> Entfällt Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input type="checkbox"/> Entfällt		Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden? Beide Stichprobengruppen erhalten medikamentöse Behandlung durch Rivastigmine in einer Dosis von 9.5 mg pro Tag. Eine Gruppe erhält zusätzlich kognitive Stimulation. Diese wurden in einer individuellen Trainingssequenz durchgeführt, die jeweils 90 Minuten dauerte. Insgesamt wurden zwei Zyklen der Intervention durchgeführt. Die Zyklen dauerten je zwei Monate und wurden von einer zweimonatigen Pause getrennt. Das Programm wurde von zwei Neuropsychologen geleitet. Ein Familienmitglied oder ein Freund unterstützte den Patienten bei der Erledigung der Aufgaben, welche die Teilnehmenden für zu Hause bekamen. Die kognitive Stimulation hatte zwei Ziele: Erstens, die Stimulierung der kognitiven Funktionen durch Therapietechniken und Praktik zu Hause; Zweitens, die Entwicklung von Strategien zur Kompensation durch die Stimulierung der kognitiven Restfunktionen. Die kognitive Stimulation umfasste die folgenden Behandlungen nach der Schwere der kognitiven Beeinträchtigung:

	<ul style="list-style-type: none"> - Realitäts-Orientierungs-Therapie (ROT) für moderate kognitive Beeinträchtigung (MMSE Ergebnis=14-17). Das Ziel war es, die Teilnehmer*innen in ihrer persönlichen, zeitlichen und räumlichen Orientierung zu fördern sowie ihrer sozialen Fähigkeiten zu verbessern und etwaige depressive Symptome zu lindern. - ROT von Sekundarstufe - für leichte bis mittlere kognitive Beeinträchtigungen (MMSE-Punktzahl=18-23). Das Ziel war es die Teilnehmer*innen in ihrer persönlichen, zeitlichen, räumlichen und sozialen Orientierung sowie ihrer sprachlichen Gewandtheit zu trainieren. - Gedächtnistraining Plus - für leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI) (MMSE-Wert=24-30). Diese Methode ist für die Behandlung von Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen. <p>Es handelt sich um eine quantitative Studie, dementsprechend sind die Interventionen nur knapp beschrieben. Die Autor*innen hätten beispielsweise angeben können, an welche Manuale sie sich für die Inhalte der Interventionen hielten. Die Ziele und Themen der Methoden der kognitiven Stimulation werden genannt, trotzdem fehlen genauere Angaben, um die Intervention auf dieselbe Weise durchführen zu können. Auch der Rahmen der Durchführung ist nicht ersichtlich.</p> <p>Kontaminierung:</p> <p>Bei allen Teilnehmer*innen wurde die gleiche medikamentöse Behandlung (RTP) mit einer einheitlichen Dosierung angewandt. Damit wurde in der Studie eine wichtige mögliche Ko-Intervention vermieden. Weiter wurden Teilnehmende ausgeschlossen, die mit Antidepressiva behandelt werden. Es ist jedoch unklar, ob Teilnehmer*innen der beiden Gruppen weitere Therapieangebote ausserhalb der Studie wahrnehmen.</p>
ERGEBNISSE	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell</p>

<p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben <input type="checkbox"/> Entfällt </p> <p>War(en) die Analyse(n) geeignet?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben </p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht angegeben </p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>	<p>auffretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Bei den Messungen, die vor der Intervention durchgeführt wurden, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Nach der Intervention signifikante Unterschiede gab es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen: MMSE, CDR, HDRS-21, GDS-15, NPI, NPI-D, ADL, IADL, MNA, ESS und MPI. Keine signifikanten Verbesserungen wurden beim CIRS und bei der Anzahl der eingenommenen Medikamente festgestellt.</p> <p>Die Autor*innen verglichen bei der Analyse einerseits die Messungen vor und nach der Behandlung, aber auch wie sich die Messungen zwischen den beiden Gruppen unterscheiden. Für die Beurteilung des Effekts der kognitiven Intervention ist der Vergleich zwischen den Gruppen aussagekräftig. Der Vergleich innerhalb der Gruppe über die Zeit kann auch durch andere Einflussfaktoren (z.B. der degenerative Krankheitsverlauf über die Zeit) beeinflusst sein.</p> <p>Es wurden verschiedene statistische Test verwendet. Als Ausgangscharakteristiken der Patienten wurden Mittelwert und Standardabweichung (SD) oder Frequenzen und Prozentsätze für kontinuierliche und kategoriale Variablen festgelegt. Für die Anfangsunterschiede bezüglich des MPI-Grades wurde der ANOVA F-Test. Der ANOVA F-Test eignet sich für die Erkennung von Trends bei ordinal Variablen. Für die Anfangsunterschiede bei kontinuierlichen und kategorischen Variablen wurde der Mantel-Haenszel Chi-Quadrat Test verwendet. Chi-Quadrat Tests werden gemäss Ritschl et al. (2016) für unabhängige Stichproben verwendet. Aufgrund der randomisierten Zuteilung ist diese Bedingung hier erfüllt und der Mantel-Haenszel Test somit eine passende Wahl.</p>
--	---

	<p>Der Vergleiche zwischen den Messungen vor und nach der Behandlung wurde mit dem mit dem Wilcoxon-Test für den unterzeichneten Rang durchgeführt. Es handelt sich um zwei Messungen von den gleichen Teilnehmer*innen, somit sind die beiden Stichproben abhängig sind. Gemäss Ritschl et al. (2016) wird der Wilcoxon-Test für zwei abhängige Stichproben mit ordinalskalierten Daten verwendet. Die Anwendung ist in diesem Fall passend.</p> <p><u>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</u></p> <p>In der Studie wurde gezeigt, dass die kombinierte Behandlung von RTP mit CS bei AD-Patienten für 6 Monate eine signifikante Verbesserung der kognitiven, depressiven und neuropsychiatrischen Symptome, sowie bei der Ausführung von ADL und IADL Tätigkeiten, beim Mortalität Risiko, im Vergleich zu einer Gruppe, welche nur RTP erhalten hat, erzielte.</p>
	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse?</p> <p>Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Die Autor*innen fassen mit verschiedenen Literaturangaben die nachgewiesenen Effekte von kognitiver Stimulation zusammen. Zudem werden Studien erwähnt, welche eine längere Behandlungsdauer, eine Studie empfiehlt mindestens drei Monate zu behandeln, damit sich eine Wirkung zeigt. Auch wird nochmals Evidenz erwähnt, welche die kognitive Stimulation in Kombination mit AChEIs-Medikamenten empfehlen.</p> <p>Die Autor*innen empfehlen, dass Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz bei einer kognitiven Stimulationstherapie teilnehmen sollten, unabhängig davon, ob sie AChEI-Medikamente erhalten oder nicht. Sie weisen auf die positiven Effekte hin. Es sei jedoch noch unklar, wie lange die positive Wirkung der Therapie anhalte. Zudem geben die Autor*innen an, dass zusätzliche Forschung in diesem Bereich nötig ist.</p>

	<p>Die Unterschiede, welche zwischen den Gruppen festgestellt wurden, sind klinisch von Bedeutung.</p> <p>Schieden Teilnehmer*innen aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Die Autor*innen geben die Fälle von Austritten aus der Studie an und bilden dies auch im Diagramm zur Rekrutierung und der Datensammlung (Figure 1) ab. Ursprünglich wurden 92 Menschen, welche den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen in die Studie eingeschlossen. Diese wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Von den 47 Teilnehmer*innen, welche sich in der Gruppe befanden, welche nur medikamentöse Therapie erhielt, schieden zwei Teilnehmer*innen vor der 6-monatigen Nachbeobachtung aus. Grund dafür war bei beiden eine Dermatitis. Bei der anderen Gruppe schied niemand aus. So waren es 90 Teilnehmer*innen, bei welchen die Endmessungen durchgeführt wurden.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Autor*innen führen verschiedene Limitationen auf. Sie erwähnen, dass es nicht möglich war die Gruppenzuweisung bezüglich der Art der Interventionen vor allen involvierten Personen verdeckt zu halten. Die Teilnehmenden wussten, in welcher Gruppe sie sich befinden. Als zweites erwähnen die Autoren*Innen, dass es sich um eine relativ kleine Stichprobe handelte und dies die Aussagekraft der Ergebnisse verringert. Insbesondere die verringerte Mortalität lässt sich laut den Autor*innen schwer verallgemeinern und auf eine grössere Bevölkerung beziehen. Die Stichprobengrösse haben sie jedoch</p>

	<p>im Methodenteil begründet und als passend befunden. Somit widerspricht diese Limitation der Erklärung für die Stichprobengrösse. Ausserdem wird in der Studie als Limitation erwähnt, dass die Stichprobe in einem einzigen Zentrum gesammelt wurde. Größere prospektive multizentrische Studien würden aussagekräftigere Ergebnisse liefern. Weiter wird als Limitation aufgeführt, dass alle Klient*innen mit demselben Medikament behandelt wurden. Demzufolge lassen sich die Erkenntnisse möglicherweise nicht auf andere medikamentöse Behandlungen für MmD übertragen. Zur Bestimmung des Mortalitätsrisikos, haben die Autor*innen das Assessment MPI ausgewählt, das ursprünglich bei älteren Patienten mit Demenz validiert wurde und dies nur im Krankenhausbereich (Pilotto et al., 2009). Eine weitere Limitation ist, dass es keine Placebo-Kontrollgruppe gab. Es kann demnach nicht eindeutig beurteilt werden, ob ohne Wissen der Teilnahme an einer Studie, der gleiche Effekt erzielt worden wäre. Zusammenfassend wird in der Studie beschrieben, dass die integrierte Behandlung von RTP mit kognitiver Stimulation bei mit milder bis moderater Demenz eine machbare und realistische Therapiemethode darstellt, die indirekt oder direkt eine positive Auswirkung auf das gesamte soziale Netz und das Gesundheits- und Pflegesystem haben könnte.</p>
--	--

Hauptstudie 5 – Review

Formular zur kritischen Besprechung eines Reviews

Anhand von:

Oxman, A. D. (1994). Users' Guides to the Medical Literature: VI. How to Use an Overview. JAMA, 272(17), 1367.

TITEL:

Effectiveness of cognition-focused interventions in activities of daily living performance in people with dementia: A systematic review. (Garrido-Pedrosa et al., 2017)

Screening Questions

<p>1. Did the review ask a clearly-focused question?</p> <p>Consider if the question is 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none">– the population studied– the intervention given or exposure– the outcomes considered	<p>x Yes - Can't tell - No</p> <p>Das Review stellt eine klare, fokussierte Frage und beantwortet diese anhand der gefundenen Literatur. Dieses systematische Review zielte darauf ab, die verfügbare Evidenzlage bezüglich der Vorteile von C-FI auf die funktionellen Fähigkeiten bei Menschen mit Demenz zu identifizieren und zu analysieren.</p> <p>Die zu untersuchende Population sind Menschen über 65 Jahren mit einer diagnostizierten Demenz nach den Kriterien des DSM-IV, einschliesslich Alzheimer, leichter bis mittlerer Demenz, gemischter Demenz, vaskulärer Demenz oder leichter kognitiver Beeinträchtigung. Die Teilnehmenden hatten alle einen MMSE (zwischen durchschnittlich 15.4 und 25) Punkten oder einen CDS (Punkte nicht angegeben) durchgeführt und einen Altersdurchschnitt zwischen 70.4 Jahren und 85,5 Jahren.</p> <p>Die Interventionsgruppe musste eine der erwähnten Interventionen erhalten haben (CST, CT, CR), neuartige Technologien wurden nicht berücksichtigt. Die Interventionsgruppe musste mit einer Kontrollgruppe verglichen werden.</p>
---	--

	Ausserdem wurden nur Studien berücksichtigt, die die Funktionalität in den ADL gemessen haben.
2. Did the review include the right type of study? Consider if the included studies: <ul style="list-style-type: none"> – address the review's question – have an appropriate study design 	x Yes - Can't tell - No Das Review berücksichtigte nur RCT, die in begutachtete Zeitschriften (peer-reviewed journals) veröffentlicht wurden. Alle berücksichtigten Studien wurden kritisch gewürdigt. Die Forschungsfrage kann anhand der Ergebnisse aus RCT beantwortet werden.
Is it worth continuing?	YES

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies? Consider: <ul style="list-style-type: none"> – which bibliographic databases were used – if there was follow-up from reference lists – if there was personal contact with experts – if the reviewers searched for unpublished studies – if the reviewers searched for non-english-language studies 	x Yes - Can't tell - No 10 Datenbanken (PubMed, Web of Science, Scopus, PsycINFO, CENTRAL (Cochrane), SciELO, LILACS OTseeker, CINHALL and ALOIS) wurden über einen Zeitraum von 5 Monaten durchsucht. Dafür wurden sinnvolle Keywords verwendet. 3442 Studien wurden bei der ersten Suche gefunden. Diese wurden mittels Kriterien (RCT, Art von Demenz, Art von Intervention, Qualität) aussortiert und Duplikate wurden entfernt. Nicht publizierte Studien wurden nicht miteinbezogen. Es wurden englische und spanische RCT berücksichtigt.
4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?	x Yes - Can't tell - No Alle Studien wurden anhand der PEDro-Skala (De Morton, 2009; Maher et al., 2003) kritisch gewürdigt. Dieses

<p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> – if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for: – a scoring system – more than one assessor 	<p>Werkzeug wurde verwendet, um die Strenge der klinischen Studien zu bestimmen. Eine Studie wurde als 'hohe Qualität' eingestuft, wenn sie mit 10 bis 6 Punkten bewertet wurde, als 'angemessene Qualität', wenn sie die Note 4 bis 5 erhielt, und als "schlechte Qualität", wenn sie mit 3 bis 0 bewertet wurde.</p> <p>Nur Studien mit "hohen" oder "angemessenen" Qualitätsergebnissen wurden ins Review miteinbezogen. Wenn das RCT alle folgenden Kriterien erfüllte, wurde es mit hoher Qualität bewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomisierung - Verblindung - ähnliche Gruppen - Anwendung der Intention-zu-Behandlungs-Prinzipien - statistischer Vergleich zwischen den Gruppen - Bereitstellung von punktuellen Massnahmen. <p>Alle Studien wurden von zwei Gutachter*innen unabhängig voneinander bewertet. Bei Meinungsverschiedenheiten über die Punktzahl einer Studie wurde ein*e dritte*r Gutachter*in hinzugezogen.</p>
<p>5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?</p> <p>Consider whether:</p> <ul style="list-style-type: none"> – the results of each study are clearly displayed – the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity) – the reasons for any variations in results are discussed 	<p>x Yes - Can't tell - No</p> <p>Die Resultate der elf Studien wurden bezüglich der Interventionsmethoden, kognitives Training, kognitive Stimulation, kognitive Stimulation durch Reminiszenz und kognitive Rehabilitation in Multikomponenten-Programmen, in Abschnitten gesammelt und zusammengefasst. Die wichtigsten Resultate bezüglich dieser Therapieansätze werden im Studientext ersichtlich und die zugehörige Literatur wird angegeben. Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien kann von einer gewissen Heterogenität der Studien ausgegangen werden. Bei allen Studien handelte es sich um RCT's. Abweichungen der Interventionen in den Studien werden im Abschnitt «Intervention characteristics» angegeben.</p>

<p>6. How are the results presented and what is the main result?</p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> – how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.) – how large this size of result is and how meaningful it is – how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence 	<p>Die Resultate werden bezüglich des Ansatzes der kognitiven Intervention gegliedert. Zusammengefasst werden die Resultate, welche ADL-Fertigkeiten betreffen, in einem Fliesstext dargelegt und mit der entsprechenden Literatur untermauert. In dieser Zusammenfassung wird die durchgeführte Intervention der Studien erwähnt und die entsprechende Wirkung dargelegt. Eine Tabelle, in welcher alle verwendeten Studien aufgeführt werden, gibt zudem eine Übersicht der wichtigsten Resultate. Die Resultate sind praxisrelevant.</p> <p>Die Anzahl der miteinbezogenen Studien ist gering. Zudem untersuchten die elf verwendeten Studien die Wirkung vier unterschiedlicher Therapieansätze. Entsprechend gering ist Datenmenge pro Therapieansatz. Dadurch verlieren die Resultate an Aussagekraft. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass Mehrkomponenten-Programme, die kognitive Rehabilitation einschliessen und einige Arten der kognitiven Stimulation wirksam bei Menschen mit Demenz angewendet werden können, um die Performanz bei Alltagsaktivitäten zu verbessern.</p> <p>Es braucht jedoch weiterführende Forschung, um kognitive Interventionen zu entwickeln, die die Verbesserung und Erhaltung der ADL Performanz bei Menschen mit Demenz gewährleisten.</p>
<p>7. How precise are these results?</p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> – if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit? 	<p>In diesem Review werden keine expliziten Daten der verwendeten Studien aufgeführt. Daher werden weder Konfidenzintervalle noch p-Werte dargelegt. Die Effekte der Behandlungsmethoden auf die ADL Performanz werden qualitativ beschrieben. In den Abschnitten zu den vier verschiedenen Interventionsansätzen wird diskutiert, ob die Behandlungsmethoden zu signifikanten Resultaten führten oder nicht.</p>

<p>– if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable</p>	
<p>8. Can the results be applied to the local population?</p> <p>Consider whether:</p> <ul style="list-style-type: none"> – the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results – your local setting differs much from that of the review – you can provide the same intervention in your setting 	<p>x Yes - Can't tell - No</p> <p>Die verwendeten Studien stammen aus Italien, Deutschland, England, Korea, Frankreich, Brasilien und den USA. Die kulturelle und gesundheitspolitische Einstellung in diesen Ländern ist den Gegebenheiten in der Schweiz grösstenteils ähnlich. Nur Brasilien, Korea und Japan weicht in den Vorstellungen, welche wir in der Schweiz haben, ab. Abgesehen von diesen drei Studien lassen sich die Resultate demzufolge auf die Schweiz übertragen.</p> <p>Die Teilnehmer*innen, der behandelten Studien im Review, wurden mit milder bis moderater Demenz, Alzheimer Demenz, gemischter Demenz, Vaskulärer Demenz oder Mild cognitive impairment diagnostiziert. Zudem waren sie alle über 65 Jahre alt und lebten entweder in einer Altersgemeinschaft oder einem Pflegeheim. Eine Population mit dieser Beschreibung findet man auch in der Schweiz. Zudem entspricht sie den Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit. Die Interventionsmethoden der verwendeten Studien werden im Einleitungstext des Reviews beschrieben. Die erwähnten Behandlungen (kognitive Rehabilitation, kognitive Stimulation, kognitives Training) lassen sich in der Schweiz durchführen und in einigen Institutionen wird dies angeboten.</p>
<p>9. Were all important outcomes considered?</p> <p>Consider outcomes from the point of view of the:</p> <ul style="list-style-type: none"> – individual – policy makers and professionals 	<p>x Yes - Can't tell - No</p> <p>Die Resultate wurden hauptsächlich in Bezug auf die Menschen mit Demenz angeschaut.</p> <p>Eher nebensächlich werden auch die Angehörigen sowie die verringerten Kosten erwähnt. Dazu haben jedoch nur einige wenige, der berücksichtigten Studien eine Aussage gemacht.</p>

<ul style="list-style-type: none"> – family/carers – wider community 	<p>Die Autor*innen ziehen aus den Ergebnissen Rückschlüsse für die ergotherapeutische Praxis. Kognitive Interventionen sollten Techniken der kognitiven Stimulation und der kognitiven Rehabilitation enthalten und nicht isolierte kognitive Funktionen trainieren. Darüber hinaus scheint die Bereitstellung von Kompensationsstrategien und externe Hilfen, die Schwierigkeiten bei ADL zu reduzieren.</p> <p>Diese Empfehlungen scheinen die Funktionalität von Menschen mit Demenz im Alltag zu erhalten und sogar zu verbessern. Ausserdem reduziert es die Belastung der Betreuer und reduziert die ökonomischen Kosten der damit verbundenen Versorgung. Die Belastung der Betreuer zu reduzieren und sogar die ökonomischen Kosten der damit verbundenen Versorgung</p>
<p>10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?</p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> – whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere? 	<p>x Yes - Can't tell - No</p> <p>Das Review konnte positive Effekte von kognitionsbezogenen Interventionen, welche die Funktionen direkt in den täglichen Aktivitäten trainieren, feststellen. Jedoch ist es notwendig, noch vertiefter zu forschen, um kognitionsbezogene Programme zu entwickeln, welche die ADL-Performanz von Menschen mit Demenz verbessern oder erhalten kann. Dazu ist es ausserdem von Nöten ein sensibles Evaluationstool zu entwickeln, um die ADL-Performanz zu messen.</p> <p>Weitere Forschung ist auch notwendig um verschiedene Aspekte, wie die Dauer, die Häufigkeit, der Typ der Intervention sowie das Setting für eine optimale Intervention festzulegen.</p>

F. Ausführliche Beschreibung des Reviews

Ausführliche Erläuterung der Interventionen des Reviews (Garrido-Pedrosa et al. 2017)

Die angewandten Interventionen der verwendeten Studien werden zusammengefasst dargelegt. Dabei werden die wichtigsten Aspekte in den Abschnitten bezüglich der Interventionsmethoden, kognitives Training, kognitive Stimulation, kognitive Stimulation durch Reminiszenz und kognitive Rehabilitation gesammelt. Eine Tabelle zu allen elf verwendeten Studien gibt zudem ein Überblick zu den Inhalten der Studien und bildet auch die Behandlungen ab.

Kognitives Training

Es wurden drei Studien für das Review verwendet, welche kognitives Training beinhalten. Zwei davon führten Papier-Stift-Übungen durch, um verschiedene kognitive Funktionen zu verbessern (Breuil et al., 1994; Bergamaschi et al., 2013). Eine weitere Studie von Cahn-Weiner et al. (2003) wandte kognitives Training mit mnemotechnischen Strategien an. Dabei wurden Instruktionen und Übung durchgeführt, um sich beispielsweise alltägliche Informationen zu merken oder Erinnerungen zu visualisieren und einzuordnen.

Kognitive Stimulation

Im Review wurden zwei Studien mit kognitiver Stimulation bearbeitet. In der Studie von Orrell et al. (2014) wurden die kognitiven Funktionen in strukturierten Sitzungen angeregt, in denen ein bestimmtes Thema oder eine Aktivität diskutiert wurden, wie zum Beispiel, tägliche Aufgaben, Lebensgeschichten oder Wortspiele. Zudem wurden Aktivitäten zur Orientierung basierend auf zeitlichen und örtlichen Informationen durchgeführt. Die Behandlung wurde drei Monate lang durchgeführt. In der Studie von Schecker et al. (2013) gab es zwei Interventionsgruppen mit unterschiedlichem Programm der kognitiven Stimulation. Eine Interventionsgruppe führte ein Training durch, das sowohl Aufgaben zum Arbeitsgedächtnis als auch zur Verarbeitungsgeschwindigkeit beinhaltete. Die zweite Interventionsgruppe konzentrierte sich auf metakognitives Training, in dem persönliche Themen angesprochen wurden, um die Diskussionen zwischen den Teilnehmern anzuregen (z.B. «Geschlechtsverkehr vor der Heirat» oder «Kinder im fortgeschrittenen Alter»).

Im Review wurden zwei Studien analysiert, welche kognitive Stimulation durch Reminiszenz Therapie als Intervention durchführte. In einer Studie wurde kognitive Stimulation für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen angeboten (Woods RT et al., 2012). Dabei lernten die Angehörigen wie sie die kognitive Stimulation durchführen können. In der anderen Studie von Yamagami et al. (2012) nahm die Interventionsgruppe an einem zwölf-wöchigen Programm teil, welches Realitätsorientierungstherapie mit Reminiszenztherapie kombiniert.

Kognitive Rehabilitation

Im Review werden vier Studien, welche die Wirkung der kognitiven Rehabilitation untersuchen, berücksichtigt. Das fünf-monatige Programm der Studie von Bottino et al. (2005) beinhaltete die Durchführung von alltäglichen Aktivitäten (z.B. einkaufen, eine Nachricht schreiben), Beratung für den Einsatz von externen Gedächtnishilfen (z.B. Tagebuch, Kalender), sowie Schulung zur Vorbeugung von Überlastung der Betreuungspersonen. Eine weitere Studie führte Gruppentherapien mit den folgenden Elementen durch: Motorische Stimulation (Bowling, Krocket), ADL Tätigkeiten (Gartenarbeit, Essenszubereitung) und kognitivem Training (Papier-Stift-Übungen). Eine dritte Studie zur kognitiven Rehabilitation beinhaltet die Durchführung eines zwölfwöchigen Programms mit Modulen basierend auf Ansätzen der Neurorehabilitation (externe Gedächtnisstützen, Einführung von Tagesroutinen), sowie auf der Psychotherapie (Tagesstruktur, Aktivitäten planen, Reminiszenz). Die letzte Studie von Kim (2015) bot Einzeltherapien, bei der Strategien zur Stressbewältigung und Verbesserung der Performanz bei Aktivitäten angeboten werden. Zusätzlich wurden Gruppeneinheiten mit Techniken der Realitäts-Orientierung, kognitivem Training mit Papier Stift Übungen und Training von externen Hilfsmitteln durchgeführt.

Ausführliche Erläuterung der Ergebnisse des Reviews

Ergänzend zu den kurzen Interventionsbeschreibungen werden in den erwähnten Abschnitten die zugehörigen Resultate präsentiert. Die Resultate der elf verwendeten Studien, welche ADL-Fertigkeiten betreffen, werden in einem Fliesstext dargelegt. Es werden keine expliziten Daten der verwendeten Studien aufgeführt. Daher werden weder Konfidenzintervalle noch p-Werte dargelegt. Zusammengefasst erwähnen die Autorinnen, dass Mehrkomponenten-Programme, die kognitive Rehabilitation umfassen und einige Arten der kognitiven Stimulation wirksam bei Menschen mit Demenz angewendet werden können, um die Performanz bei Alltagsaktivitäten zu verbessern. Nachfolgend werden die Ergebnisse in Bezug auf die verschiedenen Interventionen erläutert.

Kognitives Training

Die Studien, welche kognitives Training anboten, konnten kaum signifikante Wirkung bezüglich der Handlungsfähigkeit (ADL, IADL) aufweisen. Keine der drei Studie zeigte eine signifikante Verbesserung der getesteten ADL und IADL Fertigkeiten. Nur bei der Studie von Bergamaschi et al. (2013) zeigte sich nach der Intervention mit Papier-Stift-Übungen eine Verschlechterung der ADL Fertigkeiten der Kontrollgruppe verglichen mit der Interventionsgruppe.

Kognitive Stimulation

Bei der Interventionsgruppe der Studie von Orrell et al. (2014) zeigte sich nach der Intervention eine leichte Verbesserung der ADL Fertigkeiten. Wobei es sich um eine sehr kleine standardisierte Differenz handelte. In der zweiten Studie zur kognitiven Stimulation von Schecker et al. (2013)

wurde bei der Interventionsgruppe, welche ein Training des Arbeitsgedächtnis, sowie Aufgaben zur Verarbeitungsgeschwindigkeit erhielten, eine signifikante Verbesserung der ADL und IADL Fertigkeiten gemessen.

Bei einer der zwei Studien, welche Reminiszenztherapie beinhalteten, zeigten sich signifikante Resultate bezüglich ADL-Fertigkeiten. Es zeigte sich nach der Intervention ein signifikanter Unterschied bei der Erhaltung von Alltagsfunktionen der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe (Yamagami et al., 2012).

Kognitive Rehabilitation

In zwei Studien konnte nach der Behandlung mit einem Programm der kognitiven Rehabilitation eine Verbesserung oder Erhaltung der ADL Fertigkeiten verglichen mit der Kontrollgruppe festgestellt werden (Bottino et al., 2005; Graessel et al., 2011). Bei der Studie von Kim (2015) wurde eine Verbesserung der Performanz und Zufriedenheit der Betätigungen gemessen mit dem COPM erreicht. Jedoch ergaben sich keine signifikanten Unterschiede der ADL Fertigkeiten gemessen mit dem angepassten Barthel Index.

Tabelle zum Review Garrido-Pedrosa et al. (2017)

Tabelle 8: Übersicht der Hauptstudie 5

Studie	Art der Demenz und MMSE- Werte	Stichprobe	Interventions- dauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs- fähigkeit
Kognitive Rehabilitation					
Bottino et al., 2005	Alzheimer Demenz MMSE: IG: 23.50±3.27 KG: 21.29±3.82	N = 13	5 Monate Einmal wöchentlich, 90 min	ROT Diskussionsrunden Hilfsmittel Freizeitaktivitäten Schulung der Betreuungspersonen	Signifikant verbesserte Werte der ADL- Fertigkeiten wurden gemessen. selbstbewertet

Studie	Art der Demenz und MMSE- Werte	Stichprobe	Interventions- dauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs- fähigkeit
Graessel et al., 2011	Primäre Demenz MMSE: IG: 15.4±5.4 KG: 13.8±5.4	N = 61	1 Jahr Sechs Tage pro Woche, 120 min	MAKS-Therapie Motorische Stimulation ADL-Training Reminiszenztherapie	Beibehaltung der Performanz von ADL-Fertigkeiten der Interventionsgruppe und Abnahme der Kontrollgruppe
Kim, 2015	Mögliche Alzheimer Demenz MMSE: IG: 23.1±2.1 KG: 22.8±1.8	N = 43	8 Wochen Einmal wöchentlich, 60 min	ADL-Training Entwickeln von Strategien Reminiszenztherapie Papier-Stift-Aufgaben Hilfsmittelabgabe	Verbesserte, jedoch keine signifikante Werte der ADL-Fertigkeiten, gemessen mit dem COPM.

Studie	Art der Demenz und MMSE- Werte	Stichprobe	Interventions- dauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs- fähigkeit
Kurz et al., 2012	Milde Alzheimer Demenz MMSE: IG: 25.01±2.16 KG: 25.11±2.19	N = 201	12 Wochen Einmal wöchentlich, 60 min	Tagesstrukturierung	Leichte Abnahme der Werte der ADL- Fertigkeiten gemessen mit der B-ADL-Skala.
Kognitive Stimulation					
Orrell et al., (2014)	moderate Demenz MMSE: IG: 17.8±5.6 KG: 17.8±5.4	N = 236	24 Wochen Einmal wöchentlich, 45 min	Gruppendiskussionen verschiedener Themen Aktivitäten zur zeitlichen, örtlichen Orientierung	Nach drei Monaten leichte Verbesserung der ADL-Fertigkeiten, welche jedoch nach sechs Monaten nicht mehr

Studie	Art der Demenz und MMSE- Werte	Stichprobe	Interventions- dauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs- fähigkeit
					nachgewiesen werden können.
Schecker et al., (2013)	Milde Alzheimer Demenz (MMSE > 17) MMSE: IG1: 23.75±2.01 IG2: 21.4±2.97 KG: 21.2±1.21	N = 42	6 Monate	Interventionsgruppe 1: Training Arbeitsgedächtnis, exekutive Funktionen Interventionsgruppen 2: Gruppendiskussionen verschiedener Themen	Signifikant bessere Werte nach der Intervention der Interventionsgruppe 1 bezüglich ADL und IADL Fertigkeiten
(R. Woods et al., 2012)	Milde bis moderate Demenz	N = 488	12 Wochen	Reminiszenztherapie	Keine signifikanten Unterschiede

Studie	Art der Demenz und MMSE- Werte	Stichprobe	Interventions- dauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs- fähigkeit
	(Kontrollgruppe mit geringerem Level der Einschränkung beim CDR verglichen mit der Interventionsgruppe)		Einmal wöchentlich, 2 Stunden Nach den 12 Wochen: 7 Monate Einmal monatlich		bezüglich ADL Werten
Yamagami et al., (2012)	Demenz CDR: -0,5 - -2	N = 54	12 Wochen Zweimal wöchentlich, 60 min	Realitätsorientierungstraining Reminiszenztherapie	Erhaltung der ADL Werte bei der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe

Studie	Art der Demenz und MMSE- Werte	Stichprobe	Interventions- dauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs- fähigkeit
Kognitives Training					
Bergamaschi et al., (2012)	Milde bis moderate Alzheimer Demenz MMSE: IG: 20.25±2.95 KG: 21.94±2.01	N = 34	5 Monate während einem Jahr Fünf Tage pro Woche, 120min	Papier-Stift-Aufgaben	Erhaltung der Werte bezüglich ADL- Fertigkeiten in der Interventionsgruppe, verglichen mit einem Rückgang bei der Kontrollgruppe.
Breuil et al., (1994)	Demenz MMSE: IG: 21 KG: 22	N = 56	Fünf Wochen Zwei Tage pro Woche, 60min	Papier-Stift-Aufgaben	Keine signifikanten Veränderungen der ADL-Fertigkeiten.

Studie	Art der Demenz und MMSE- Werte	Stichprobe	Interventions- dauer	Interventionen	Ergebnisse bezüglich der Handlungs- fähigkeit
Cahn-Weiner et al., (2003)	Wahrscheinliche Alzheimer Demenz MMSE: IG: 24.3±2.2 KG: 25.1±1.7	N = 34	6 Wochen Einmal wöchentlich, keine Dauer der Interventionen angegeben	Training mnemotechnischer Strategien	Keine signifikanten Veränderungen der ADL-Fertigkeiten